



**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HEMODİYALİZ HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Merve KAVLA

**Temmuz 2019
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Merve KAVLA

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN

Denizli, 2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Merve KAVLA tarafından Dr. Öğretim Üyesi Sümeyye ARSLAN yönetiminde hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN



Pamukkale Üniversitesi

Danışman:

Dr. Öğretim Üyesi Sümeyye ARSLAN



Pamukkale Üniversitesi

Üye:

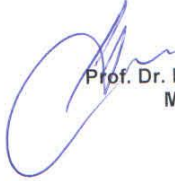
Dr. Öğretim Üyesi Nazike DURUK



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

19/07/2019

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nuntarih ve 22/11/11 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Merve KAVLA

İmza :

ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Merve KAVLA
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN

Temmuz 2019,68 Sayfa

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Denizli’de bir sağlık kuruluşu ve üniversite hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde takipli olan ve üç farklı diyaliz merkezinde tedavi gören hemodiyaliz hastaları oluşturmuştur. Veriler; hastaların demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Eysenck Kişilik Envanteri, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği, Duke Sağlık Profili ile toplanmıştır. Veriler, hastaların hemodiyaliz seansına geldikleri günlerde yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmış, SPSS paket programıyla analiz edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EKA-GGK’dan aldıkları puan ortalamaları nörotisizm, dışa-dönüklük, psikotisizm alt boyutları için sırasıyla 4.27 ± 1.28 , 1.90 ± 2.19 , 1.67 ± 1.31 ; BİBSÖ’nden aldıkları puan ortalamaları görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme, kaçınma için sırasıyla 23.36 ± 4.60 , 25.82 ± 4.35 , 20.37 ± 3.66 ; DUKE ‘nden aldıkları puan ortalamaları ise sırasıyla fiziksel, mental, sosyal, genel, algılanan sağlık ve benlik saygısı puanları 42.76 ± 28.76 , 54.55 ± 24.80 , 55.11 ± 25.24 , 50.81 ± 20.57 , 37.07 ± 37.12 , 47.75 ± 22.49 iken, anksiyete, depresyon, anksiyete- depresyon, ağrı, yetersizlik puanları ise, $47,75\pm 22,49$, 50.94 ± 26.76 , 49.14 ± 22.81 , 45.17 ± 37.24 , 27.13 ± 26.06 olarak saptanmıştır. EKA-GGK ve Duke Sağlık Profili alt boyutları korelasyonu incelendiğinde nörotisizm değerleri arttıkça anksiyete ve anksiyete-depresyon puanı değerlerinin arttığı; mental sağlık ve benlik saygısı değerlerinin azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). Yine bu korelasyonda dışa dönüklük puanları artarken, fiziksel, mental, sosyal, genel, algılanan sağlık puanları ve benlik saygısı puanının da arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalarda görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme puanları artarken, fiziksel, mental, sosyal, genel, algılanan ve benlik saygısı puanı değerlerinin arttığı ($p<0,05$) görülürken; diğer taraftan anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon ve ağrı puanları skorlarının azalması da çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır. Sonuç olarak hemodiyaliz hastalarının kişilik özellikleri ve beden imajı göz önünde bulundurularak yaşam kalitesi ile ilgili hemşirelik bakımı planlamaları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, beden imajı, kişilik, yaşam kalitesi

Bu çalışma PAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 2018SABE035) .

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP OF BODY IMAGE AND PERSONALITY CHARACTERISTICS
WITH QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS**

KAVLA, Merve
M. Sc. Thesis in Nursing
Supervisor: Asst. Prof. Dr. Sümeyye ARSLAN

July, 2019, 68 Pages

This study was planned as cross-sectionally to investigate the relationship between body image and personality and quality of life in hemodialysis patients. The population of the study consisted of hemodialysis patients followed up in the hemodialysis unit of a health institution and university hospital in Denizli and treated in three different dialysis centers. Data were collected with Personal Information Form, Eysenck Personality Inventory, Body Image Coping Strategies Scale and Duke Health Profile by using face-to-face interview and analyzed with SPSS package program. Mean values of patients obtained from EPQR-A according to sociodemographic characteristics were respectively 4.27 ± 1.28 , 1.90 ± 2.19 , 1.67 ± 1.31 for neuroticism, extroversion, psychoticism; the mean values obtained from the BICSI were respectively 23.36 ± 4.60 , 25.82 ± 4.35 , 20.37 ± 3.66 for appearance correction, positive logical acceptance, avoidance; the mean values obtained from DUKE were respectively 42.76 ± 28.76 , 54.55 ± 24.80 , 55.11 ± 25.24 , 50.81 ± 20.57 for physical, mental, social, general, perceived health and self-esteem while the mean values for anxiety, depression, anxiety-depression, pain, inadequacy were determined respectively 47.75 ± 22.49 , 50.94 ± 26.76 , 49.14 ± 22.81 , 45.17 ± 37.24 , 27.13 ± 26.06 . When the correlations between EPQR-A and Duke Health Profile subscales were examined, it was found that as neuroticism values increased, anxiety and anxiety-depression values increased; mental health and self-esteem values decreased ($p < 0.05$). Again in this correlation, as extroversion values increase; physical, mental, social, general, perceived health scores and self-esteem scores increase, either ($p < 0,05$). It was seen that physical, mental, social, general, perceived and self-esteem scores increased ($p < 0,05$). On the other hand, the decrease in scores of anxiety, depression, anxiety-depression and pain scores are among the findings of the study. As a result, nursing care plans related to quality of life should be increased considering the personality traits and body image of hemodialysis patients.

Key words: Hemodialysis, body image, personality, quality of life

This study was supported by Pamukkale University Scientific Research Projects Coordination Unit through (Project numbers 2018SABE035).

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim süreci ve tez çalışmamın her aşamasında özverilerini, anlayışlı tavırlarını esirgemeyen, beni destekleyen ve bilgileriyle bana ışık tutan danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN' a,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca değerli katkılarıyla beni yönlendiren hocam Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN' a,

Araştırmamın planlanmasında fikirlerini paylaşan Öğr. Gör. Dr. Gülbanu ZENCİR' e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini her zaman hissettiğim lisans dönemi hocalarıma,

Tez çalışmamı uygulama imkanı bulduğum Denizli ilindeki sağlık kuruluşlarında çalışan hekim, hemşire ve personellere, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Beni yetiştiren, yaşantım boyunca koşulsuz yanımda olan annem ve babam Durkadın- Mustafa KAVLA' ya, canım kardeşim Bayram Emre KAVLA' ya teşekkürlerimi sunarım.

Merve KAVLA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1. 1. Amaç.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2. 1. Kronik Böbrek Hastalığı Kavramı.....	4
2. 1. 1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri.....	5
2. 1. 2. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	5
2. 1. 3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavileri.....	6
2. 2. Hemodiyaliz Kavramı.....	6
2. 2. 1. Hemodiyaliz Hastalarında Kayıp.....	7
2. 2. 2. Hemodiyaliz Hastalarında Psikolojik Problemler.....	8
2. 2. 3. Hemodiyaliz Tedavisinde Hemşirelik.....	8
2. 3. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	9
2. 3. 1. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Araçlar.....	10
2. 3. 2. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	10
2. 4. Beden İmgesi Kavramı.....	11
2. 4. 1. Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmgesi.....	12

2. 5. Kişilik Kavramı.....	13
2. 6. Araştırma Soruları.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3. 1. Araştırmanın Şekli.....	15
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	15
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3. 4. Araştırmanın Etik Yönü.....	15
3. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	16
3. 6. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri.....	16
3. 7. Verilerin Toplanması.....	16
3. 7. 1. Veri Toplama Araçları.....	17
3. 7. 1. 1. Kişisel Bilgi Formu.....	17
3. 7. 1. 2. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu (EKA- GGK).....	17
3. 7. 1.3. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ).....	18
3. 7. 1.4. Duke Sağlık Profili (The DUKE).....	18
3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Hastaların Sosyodemografik ve EKA-GGK Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
5.2. Hastaların Sosyodemografik ve BİBSÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
5.3. Hastaların Sosyodemografik ve Duke Sağlık Profili Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
6. SONUÇLAR.....	59

6. 1. Sonuçlar.....	59
6. 2. Öneriler.....	61
7. KAYNAKLAR.....	62
8. ÖZGEÇMİŞ.....	68

9. EKLER

Ek- 1. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı

Ek- 2. Tez İsim Değişikliği İle İlgili Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı

Ek- 3. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Tez Onayı Yönetim Kurulu Kararı

Ek- 4. Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Nefroloji Bilim Dalı İzin Yazısı

Ek- 5. Pamukkale Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

Ek- 6. Denizli Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

Ek- 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

Ek-8. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu kullanım izni

Ek-9. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kullanım izni

Ek-10. Duke Sağlık Profili kullanım izni

Ek- 11. Kişisel Bilgi Formu

Ek- 12. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu (EKA- GGK)

Ek- 13. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ)

Ek- 14. Duke Sağlık Profili

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	21
Tablo 4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları.....	22
Tablo 4.3. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları.....	23
Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DUKE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları.....	24
Tablo 4.5. Hastaların cinsiyete göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Hastaların cinsiyete göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.7. Hastaların cinsiyete göre DUKE fonksiyonel ve disfonksiyonel sağlık puanlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.8. Hastaların medeni durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	27
Tablo 4.9. Hastaların medeni durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	28
Tablo 4.10. Hastaların medeni durumuna göre DUKE fonksiyonel ve disfonksiyonel sağlık puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.11. Hastaların eğitim durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	30
Tablo 4.12. Hastaların eğitim durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.13. Hastaların eğitim durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.14. Hastaların eğitim durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.15. Hastaların iş durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.16. Hastaların iş durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.17. Hastaların iş durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	37

Sayfa

Tablo 4.18. Hastaların iş durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	39
Tablo 4.19. Hastaların gelir durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.20. Hastaların gelir durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.21. Hastaların gelir durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.22. Hastaların gelir durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	44
Tablo 4.23. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.24. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	47
Tablo 4.25. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre DUKE alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	48
Tablo 4.26. Hastaların yaşları ile EKA-GGK alt boyut puanlarının korelasyonu.....	49
Tablo 4.27. Hastaların yaşları ile BİBSÖ alt boyut puanlarının korelasyonu.....	50
Tablo 4.28. Hastaların yaşları ile DUKE alt boyut puanlarının korelasyonu.....	51
Tablo 4.29. Hastaların DUKE ve EKA-GGK alt boyutlarının korelasyonu.....	51
Tablo 4.30. Hastaların DUKE ve BİBSÖ alt boyutlarının korelasyonu	52

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

BİBSÖ	Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği
DUKE	Duke Sağlık Profili
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKA-GGK	Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
Min	Minimum
Max	Maximum
NKF	National Kidney Foundation: Ulusal Böbrek Vakfı
S.S.	Standart Sapma
USRDS	The United States Renal Data System: Amerika Birleşik Devletleri Renal
Veri Sistemi	

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar vücut organ ve işlevlerinde normalden sapmaların olduğu, uzun yıllar tedavi almayı gerektiren, kişinin yaşamını birçok yönden etkileyen uzun süreli hastalıklardır (Durna ve Akın 2012). Günümüzde tüm ülke ve toplumlari etkileyen küresel bir sağlık problemi olan kronik hastalıkların, 2008 yılında gerçekleşen 57 milyon ölümün yüzde 63'üne sebep olduğu görülmüştür (Alwan vd 2010). Bu duruma sebep olan hastalıklardan birisi de Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)dir. Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)' in verilerinde ölüm sebepleri arasında böbrek yetmezliğinin de olduğu görülmektedir (WEB_1). Bu ölümlerinin sayısal verilerine bakıldığında 2009 yılında böbrek yetmezliği tanısıyla gerçekleşen ölüm sayısı 6682 iken 2018 yılında bu sayı 14.263'e kadar ulaşmıştır (WEB_1). KBY, böbrek işlevlerinin hasar görmesi ile birlikte geri dönüşü olmayan işlev kaybıdır. Bu tanıyı alan bir hastada kullanılan tedavi yöntemleri ise periton diyalizi, hemodiyaliz ve renal transplantasyon tedavisidir (Topbaş 2015). Hemodiyaliz, KBY için bir tedavi seçeneği oluştururken aynı zamanda hastaların yaşantısında birçok şeyi değiştirerek hayat düzenlerini bozabilmektedir (Arat 2006). Hemodiyaliz işlemi hastaların her hafta düzenli olarak seansa gitmelerini, tedavi için ayrılan sürenin günlük yaşantılarındaki rutinlerini ertelemesini gerektirir. Bu sebeptendir ki bu hastalarda fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik anlamda değişimler görülmesi ile birlikte çöküntü yaşanabilir (Arat 2006, Özdemir 2016). Daha açık olacak şekilde bu değişimler bir diyetle uyma zorunluluğu, geleceğe dair ümitsizlik ve beraberinde üzüntü, gelecek kaygısı, korkular, cinsel fonksiyon bozuklukları, zaman ve iş gücü kaybı, rol ve fonksiyon kaybı, tedavi için bir cihaza bağımlı olma, kullanılan hemodiyaliz ve periton diyaliz kateterleri, makine alarmlarının korku ve endişeye neden olması, ölüm korkusu, ekonomik güvence kaybı, aile düzeninin bozulması, fiziksel işlev kaybı ve beden imajının etkilenmesi olarak sıralanabilir (Topbaş ve Bingöl 2017). Tüm bu olumsuzluklar hemodiyaliz hastalarının bazı ortak psikolojik örüntülerinden de kaynaklanabilir. Bu

örüntüler kişilerde farklılık göstermekle beraber; bağımlılık-bağımsızlık çatışması, yaşam-ölüm çatışması, inkar eğilimi ve beden imgesi bozukluklarıdır (Arat 2006). Beden imgesi ile ilgili bozukluklar konusunda örneğin birçok hasta diyaliz makinesi ile kendi bedeni arasında bir bağ kurarak onları birlikte değerlendirir (Abram 1970, Galpin 1992). Başka bir benzetme de diyaliz cihazının plasentaya benzetilmesidir. Bazı hastaların diyaliz seansları esnasında intrauterin pozisyon aldıkları bilinmektedir (Cimilli 1994). Cimilli (1994), bir çalışmada diyaliz tedavisi alan hastaları "yaşayan ölü" olarak adlandırmış ve ciltlerindeki soluk rengi bu görüşü ile desteklemektedir (Cimilli 1994). Ayrıca hemodiyaliz, bireyi bağımlı kılmakta, onun yeteneklerini sınırlamakta ve benlik saygısını zedelemektedir. Alemdar'ın 1990'da yaptığı bir çalışmada düzenli hemodiyaliz tedavisi alan gençlerin beden benlik imajı ölçeğinden düşük puan aldıklarına belirlenmiştir. (Alemdar 1990). Tan ve Karabulutlu (2004) ile Olgun ve ark.'nın (1996) çalışmalarında, erkek hastalarda beden imajı doyum düzeylerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Olgun vd 1996, Tan ve Karabulutlu 2004). Eti ve ark.'nın (1996) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek hastaların beden imajı doyum düzeyinin daha yüksek olması dikkat çekmektedir. (Eti Aslan, 1996).

Türk Dil Kurumu'na göre kişilik "Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü" olarak tanımlanmıştır (WEB_2). Pehlivan ve arkadaşları (2016) ise bir çalışmalarında kişiliği, bilginin ve deneyimin algılanışı, işlenişi ve depolanmasındaki bireysel farklılıklar olarak ifade etmişler (Pehlivan vd 2016). Bu anlamda hemodiyaliz, hastaların yaşamlarının tüm alanlarını etkilediğinden psikososyal sorunları ilgilendirebileceği ve kişilik özellikleri ile ilgili de özel müdahaleleri gerektirebileceği düşünülmektedir (Boz vd 2004, Güleç ve Yazıcı 2009). Hemodiyaliz hastalarının hayatlarında meydana gelen bu değişimler beden imgesi ve kişilik özellikleri kadar hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir. Çünkü KBY, hastanın kendisini etkilemekle birlikte aile ve çevresini de etkilemektedir. Seçilen tedavi yöntemi hemodiyaliz ise; bu hasta için her hafta 3-4 gün ve ortalama her gün 3 saat boyunca bir diyaliz merkezinde olması demektir. Bu da hastanın normal sosyal yaşantısında kesintiler yaratacak ve planlamalarını kesintisiz almış olduğu tedaviye göre ayarlamak durumunda bırakacaktır. Bu alışma sürecinde hasta kişisel olarak etkilendiği gibi yaşam kalitesi de etkilenecek ve yaşam kalitesinde düşüşler meydana gelecektir (Kıran 2016). Yaşam kalitesi; kişilerin kendi fiziksel ve psikososyal yönlerinden ne kadar memnuniyet duydukları ya da bu yönlerinden ne kadar memnun olmadıklarının farkına varmaları olarak tanımlanmıştır (Fırat 2005). Bu tanımı bir örnekle desteklemiştir: Merdiven inip çıkmakta zorlanan kişi bu durumu kendi işlerini halledemeyecek olarak yorumlamasıyla

yaşam kalitesinde olumsuz bir yargı oluştururken; bu durumu kitap okuyarak geçirebileceği bir zamanın oluşması olarak yorumlaması yaşam kalitesinde olumlu etki bile yaratabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde öncelik hiyerarşisinden bahsedilebilir. Maslow'un piramidi insan ihtiyaçlarının önem sırasına göre oluşturulduğu için bize bu konuda fikir verecektir. Bu piramidin yapısı incelendiğinde beslenme ihtiyacını karşılayamayan bir kişinin kişisel ideallerini gerçekleştirmek, hayallerini gerçeğe çevirmek gibi bir düşüncesinin olamayacağı görülmektedir. Sonuç olarak Maslow'un piramidi yaşam kalitesini yükseltmek için neye öncelik vermemiz konusunda bize yol gösterecektir (Fırat 2005). Hemodiyaliz hastalarında da öncelikli gereksinimlerin karşılanabilmesi için gerekli zeminin olmayışı, bu gereksinimlerin karşılanamıyor olması ya da değişikliklere uğraması yaşam kalitelerini doğrudan etkileyecektir.

Tüm bu bilgiler ışığında hastanelerin hemodiyaliz ünitelerinde ve diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalara etkin bir hemşirelik bakımı sağlanması gerekmektedir. Hastaların kişilik özellikleri ile birlikte var olan beden imgesi algıları, bozulmuş beden imgesi ile baş etme biçimlerinin yaşam kalitesini ve dolayısıyla tedaviye gösterilen yanıtı etkileyeceği düşünülmektedir. Bahsi geçen çalışmalar düşünüldüğünde hastaların kişilik özelliklerini ve beden imgesi baş etme biçimlerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların yaşam kalitelerini konu alan çalışmalar mevcut olup kişilik özellikleri, beden imgesi baş etme biçimleri ve yaşam kalitesinin birlikte incelendiği bir araştırmaya rastlanmadığı için bu çalışmanın yapılması planlanmıştır.

1. 1. Amaç

Bu araştırma ile hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği

Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (National Kidney Foundation, NKF), kronik böbrek hastalığını (KBH), zaman içinde kademeli şekilde böbrek fonksiyon kaybı ile karakterize bir durum olarak tanımlamaktadır (WEB_3). Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği konusunda standardize edilmiş bir terminolojinin bulunmamasının bu hastalığın tedavisini zorlaştırdığını düşünen NKF, tedaviye önemli katkılar sağlayacağını düşündüğü için KBH ifadesinin kullanılmasını önermiştir (Süleymanlar 2009).

KBH; sağlık maliyeti, mortalite ve morbidite oranlarını artıran aynı zamanda kişinin günlük yaşamını etkileyerek yaşam kalitesinde düşüslere sebep olan bir hastalıktır (Kara 2012).

KBH nedeninin ne olduğu fark etmeksizin üç ay ya da daha fazla sürebilen, glomerüler filtrasyon hızında (GFH) azalma olarak tanımlanmaktadır (Süleymanlar 2009). GFH'de meydana gelen azalma sebebiyle böbreğin sıvı-elektrolit dengesini düzenleme ve metabolik-endokrin işlevlerindeki kaybın geri dönüşsüz oluşu KBY olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Akpolat 2007).

KBY, bireyin sağlığını tehdit eden ciddi bir hastalıktır. Kronik hastalıklara verilen önem sayesinde böbrek yetmezliğinin erken teşhisi sağlanabilir, tedaviye erken başlanabilir ve dolayısıyla bu durumda sağ kalım oranları olumlu yönde iyileşecektir. Her ne kadar durum böyle olsa da veriler incelendiğinde yıldan yıla KBY tanısı alan hasta sayısında artış olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine 2005 yılında göre Türkiye'de diyaliz tedavisi alan hasta sayısının yaklaşık 38.000 olduğu bildirilmiştir (Yalçın ve Akpolat 2007). Sağlık Bakanlığı'nın 2019 Türkiye Diyaliz Veri Sistemi'nin verilerine göre ise bu sayının 59.558 olduğu bildirilmiştir (WEB_4).

2. 1. 1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri

KBY birçok farklı sebepten ötürü gelişebilir. En sık görülen nedenler arasında kronik glomerülo nefrit, diyabet, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstrüktif üropati ve interstisyel nefritler vardır. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin hazırladığı ortak rapora göre 2017 yılında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların etiyolojik nedenlerine göre dağılımı sırasıyla: Diabetes mellitus (%35.87), hipertansiyon (%27.22), glomerülo nefrit (%6.78), polikistik böbrek hastalığı (%4.77), obstrüktif nefropati (%1.79), amiloidoz (%1.76), tübülointerstisyel nefrit (%1.37), renovasküler hastalık (%0.93), diğer hastalıklar (%7.36) ve %12.15'i etiyolojisi bilinmeyen hastalıklardır (Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu, 2017).

KBY, bu gibi farklı sebeplerden ötürü gelişmektedir. Nedenleri ülkeden ülkeye hatta ırk, cinsiyet ve genetik yatkınlığa göre dağılımda farklılıklar gösterebilir. Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) Kronik Böbrek Hastalığı Gözetim Sistemi (The United States Renal Data System-USRDS 2016) verilerine göre yaş arttıkça kronik böbrek yetmezliği insidansının daha yüksek ve bu insidansın da erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (WEB_5).

2. 1. 2. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

KBH semptomların şiddeti ve glomerüler filtrasyon hızına göre sınıflandırılmıştır ve GFH 60 ml/dk/1.73 m²'nin altına inmesi olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama 5 evre içerir (Mahon vd 2013);

Evre 1; GFH≥90 olduğu, normal veya yüksek GFH ile birlikte böbrek hasarının eşlik ettiği,

Evre 2; GFH'nin 60-89 olduğu, hafif GFH azalması ile birlikte olan böbrek hasarının olduğu,

Evre 3; GFH'nin 30-59 olduğu, orta derecede GFH azalmasının bulunduğu,

Evre 4; GFH'nin 15-29, ağır derecede GFH azalmasının eşlik ettiği ve

Evre 5; GFH<15 olan son dönem böbrek yetmezliği evresi ya da diyaliz evresi olarak isimlendirilen evredir (Mahon vd 2013).

2. 1. 3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavileri

Son dönem böbrek yetmezliği aşamasına gelindiğinde böbrek artık işlevlerini yerine getiremez. Bu durum kişi için hayati riskler oluşturabilir. Günümüzde bu hayati riskleri ortadan kaldıracak seçenekler; hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur (Varol ve Sivrikaya Karaca 2018).

Hemodiyaliz, işlevini yerine getiremeyen böbreğin yerine hastadan alınan kanın dışarıda bir makine yardımıyla vücut için toksik etkili olan maddelerden arındırılan kanın hastaya tekrar verilmesi işlemidir. Periton diyalizi hastanın karın boşluğuna yerleştirilen bir kateter yardımıyla peritonun bir zar görevi gördüğü renal replasman tedavisi çeşididir (Biol 2011). Böbrek transplantasyonu canlı vericiden/kadavradan gerçekleştirilebilen bir işlemidir. Başarılı bir transplantasyon ile diyaliz tedavilerinin aksine böbrek işlevlerinin tamamını yerine getirebildiği için yaşam süresini uzatan bir tedavi yöntemidir (Akpolat vd 2008).

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin birlikte hazırlamış olduğu ortak rapora göre 2017 yılı içerisinde son dönem böbrek yetmezliği tanısına sahip olan hastalardan; %75.84'ü hemodiyaliz, %4.33'ü periton diyalizi tedavisi almaktadır. Yine bu raporda belirtildiğine göre hastaların %19.83'ü böbrek transplantasyonu olmuştur (Süleymanlar vd 2018).

2. 2. Hemodiyaliz Kavramı

Hemodiyalizin ilk deneysel örnekleri nefrektomize köpekler üzerinde gerçekleştirilmiştir. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulamasını ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim gerçekleştirmiştir. İlk uygulamadan yaklaşık 20 yıl sonra ise kapalı kanüllerin keşfedilmesiyle suni böbrekler geri dönüşümü mümkün olmayan böbrek yetmezliği operasyonlarında kullanılmıştır. Hemodiyaliz ile ilgili en büyük gelişmeler ise fistül teknolojisinden sonra yaşanmıştır. İlk uygulamalar gerçekleşmeden önce KBY hızla hayatlarını kaybederken bu gelişmeler sayesinde sağ kalım sürelerinin uzadığı kaynaklardan elde edilen bilgiler arasındadır (Aydemir vd 2002). Gelişen teknoloji ile tedavi yöntemleri iyileştirilmiş olsa da yeni durum hastaların yaşam kalitelerinde düzensizliklere yol açmış beraberinde farklı kayıplar olmasına sebep olmuştur. Hastaların yaşamları boyunca geri dönüşsüz şekilde kaybettikleri böbrek fonksiyonlarının bir diyaliz makinesi tarafından karşılanıyor olması hastaların haftada 2-

3 gün, her bir seansta diyaliz merkezlerinde 3-4 saat zaman geçirmesi hastalarda kaçınılmaz bazı kayıplara yol açabilmektedir.

2. 2. 1. Hemodiyaliz Hastalarında Kayıp

Hemodiyaliz başlangıçta sağlığın kaybı olmak üzere hastalarda fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik kayıplara veya kayıp tehlikesine yol açmaktadır (Akın vd 2010).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda seans esnasında ortaya çıkan bazı komplikasyonlar vardır. Bu komplikasyonlardan sık görülenler hipotansiyon, aritmi, kas krampları, bulantı-kusma, kaşıntı, göğüs-sırt ağrısı olarak sıralanabilir (Tarhan 2009). Hastaların yaşadığı bu komplikasyonlar; hastaların, kaybettikleri sağlıkları sebebiyle bu belirtileri yaşadıklarını, hayatlarını bu belirtilerle devam ettireceklerini ve sağlıklarının geri dönmeyeceğini düşündürerek fiziksel işlev kaybı hissettirmektedir. Bu komplikasyonlar dışında kişilerin yorgunluk, halsizlik sebebiyle aktivitelerinde azalmalar olması da fiziksel işlev kaybı yaşadığını düşündürmektedir. Yaşanılan bu fiziksel işlev kaybı hissi hastaların otonomilerini kaybettiklerini düşünmelerine sebep olurken yaşam kalitelerinde düşüşler olmasına, başkasına bağımlı olacakları korkusu yaşamalarına sebep olmaktadır (Yavuz vd 2012).

Hastaların hissettiği başka bir kayıp ekonomik kayıptır. Hemodiyaliz tedavisi veren merkezlerin daha merkezi yerlerde konumlandığı düşünülürse o merkezlere ulaşmak için kişiler ayrıca zaman harcamak durumunda kalacaklardır. Bunun dışında hasta her hafta belli günlerde merkezde bulunacağı için işgücü kaybı yaşayacaktır. Eğer bireyin bakmakla yükümlü olduğu kişiler varsa kayıp hastada iş gücü-ekonomik kaybın yanı sıra psikolojik ve sosyal kayıplara da sebep olacaktır (Dane 2015).

Hemodiyaliz, uzun dönemde hastalarda emosyonel sorunlarla ilişkili olarak aile içinde veya sosyal yaşantıda rol kaybı yaşanmasına sebep olmaktadır. Hasta olduğu için hem aile çevresinde hem de sosyal yaşantısında yeterince saygı görmeyeceğini düşünen bir hastada umutsuzluk duygusu gelişir. Umutsuzluk duygusu gelişen hasta sosyal aktivitelere katılımını kısıtlayacak, toplumdaki uzaklaşacaktır. Hastanın toplumdaki uzaklaşmasının kişinin beden imajı algısının bozulmasıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hemodiyaliz kateterlerinin vücutta bıraktığı bazı iz ve şekillerden dolayı hasta toplum içinde rahatsızlık hissedebileceği gibi kendisini diyaliz makinesine bağlı olarak gördüğü için sosyal kayıplar yaşayabilmektedir (Dane 2015). Yapılan bazı çalışmalar (Ateş 2010, Balaban vd 2017) hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel işlev kaybı yaşadıklarını göstermektedir. Yaşanılan cinsel işlev kaybının; aile düzeninin

bozulmasına, aile içi rol kaybına, beden imajı algısının bozulmasına, benlik saygısında kayba ve yaşam kalitesinde düşüölere neden olduğu belirtilmektedir (Ateş 2010, Balaban vd 2017).

2. 2. 2. Hemodiyaliz Hastalarında Psikolojik Problemler

KBY, diğer kronik hastalıkların kişide yarattığı psikolojik problemleri yaşatan bir hastalıktır. Bu benzerliklerin yanı sıra KBY tanılı hemodiyaliz tedavisi alan bir hastada diyalize özgü başka problemlerin görünmesi de olağan bir durumdur. Çünkü hemodiyaliz tedavisi diğer kronik hastalıklara oranla daha çok kuruma, cihaza bağlılık gerektirir. Bu bağlılık hastalarda yaşamlarında yeni bir döneme geçiyor hissi yaratmasından ötürü yeni bir uyum mekanizması geliştirmelerini gerektirir. Hastalar bu yeni döneme uyum sağlamaya çalışırken yaşadıkları fizyolojik ve sosyal problemlerin yanı sıra psikolojik sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir. Bu psikolojik problemler; anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, otonominin kaybedileceği düşüncesi, beden imgesi bozuklukları, umutsuzluk, öfke, alınganlık, tedaviye uyumsuz davranış geliştirme gibi problemlerdir (Özer vd 2009). Sözü geçen bu problemler düşünöldüğünde hepsinin birbiriyle ilişkili olduğu görölebilmektedir. Hemodiyaliz tedavisine başladıktan sonra diyaliz makinesine olan bakış açısı, o olmadan yaşamını devam ettiremeyeceği düşüncesi hastada anksiyete meydana getirir (El-shaheed vd 2014). Ortaya çıkan bu anksiyete, hastanın iyileşemeyeceğini düşünmesiyle birlikte umutsuzluk, ölüm korkusu yaşamasına ve tedavisine uyumsuz davranış geliştirmesine sebep olurken; hasta, hissettiği tüm bu negatif düşünceler yüzünden hastalığını inkar edebilir, ailesine ve sağlık personeline öfke duyabilir (Cimilli 1994). Zorlu ve düzenlilik gerektiren bu tedavi süreci kişide diğer problemlere ek olarak uyku bozukluğu da meydana getirebilir. Uyku bozuklukları beraberinde yaşam kalitesini etkilemektedir (Demir vd 2018). Ayrıca hemodiyaliz tedavisinin hastaların vücutlarında bıraktığı izler sebebiyle beden imgesi algıları bozulabilir, bu durumdan dolayı yalnız kalmayı istemektedirler. Yalnız kalma isteği hastanın toplumdan izole olmasına sebep olurken birçok başka kayıpları beraberinde getirebilir.

2. 2. 3. Hemodiyaliz Tedavisinde Hemşirelik

Kronik hastalıklar birçok kısıtlama ve zorluğu beraberinde getirdiği için hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. KBY tanılı hastalar da, hastalığı kabullenme ve tedavi sürecinde birçok strese maruz kalmaktadır. Bu sebeple hastaların baş etmelerini

güçlendirmek, tedaviye uyumunu kolaylaştırmak için hemşirelerin hastayı bütüncül olarak ele alıp sistematik bir tedavi anlayışı izlemeleri gerekmektedir. Bu desteği ise hastalarla en çok vakit geçiren hemşireler en iyi şekilde sağlayabilmektedir. Hasta ile yakın iletişimi olan, hastaya anında müdahale edebilecek konumda olan hemşirenin bu noktada önemli görevleri vardır (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hemşireler, hastalarını hemodiyaliz seansına almadan önce, seans sırası ve sonrasında gözlemlemeli ve ihtiyaçlarına yönelik bir hemşirelik bakımı planlamalı ve uygulamalıdır. Hemodiyaliz seansları, hemşirenin; hastalarda gördüğü uyum engellerini aşmak, hemşirelik bakımını oluşturmak ve etkin hemşirelik bakımını sağlayabilmek için hasta ve hasta yakınlarını değerlendirebileceği ve bilgilendirebileceği en uygun zamandır (Ran ve Hyde 2012). Hemşirelerin hastalarına en etkin bakımı sunmasının yollarından biri de hastalara özgü planlanan ve uygulanan hemşirelik sürecidir (Lima vd 2012).

2. 3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesini tanımlamak için kullanılan birçok tanım mevcuttur. Bunun sebebi yaşam kalitesi diye isimlendirilen kavramın temelde kişisel algı ve doyuma dayalı olmasıdır. Bu sebeptendir ki yaşam kalitesi herkes tarafından yorumlanmış, zaman içinde değişebilme ihtimali olan, sübjektif olarak değerlendirilen, ölçümünün kolay olmadığı ve kişinin doyumunu ile ilgili bir kavram haline gelmiştir. Kişilerin deneyimleriyle farklılaşabildiği için birden fazla alt boyuta sahip olduğu düşünülmektedir. Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insan için de hayati öneme sahip olan yaşam kalitesi birçok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler bazen kişinin sağlık alanıyla ilgili tutumları olurken bazen de kişisel ihtiyaçları karşılama durumu ve yaşamındaki maddi boyutlar olabilmektedir (Özdemir 2016).

Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu kültürel yapı ve değerler sistemi boyutunda, hedef, beklenti, standart ve endişeleri ile ilgili kişinin yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlanmıştır (DSÖ 1999). Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevrelerinin göze çarpan özellikleri ile olan ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (DSÖ 1999).

Yaşam kalitesi, yaşamın birbirinden farklı alanlarına ilişkin memnuniyeti kapsadığı için kişinin öznel algısı ve kişisel beklentilerinin karşılanıp karşılanamaması durumlarını içeren bir kavramdır (Öksüz ve Malhan 2005).

2. 3. 1. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Araçlar

Kişilerin sağlıkla ilgili deneyimlerini ve bu deneyimlerin onlarda yarattığı algıyı, sağlıklarının yaşamlarını etkileme düzeylerini yaşam kalitesi kavramı sayesinde öğrenebilmekteyiz (Çınaroğlu 2015). Günümüzde yaşam kalitesi ile ilgili birçok çalışma yapılmış, yaşam kalitesini etkileyen faktörler araştırılmış ve yaşam kalitesi sayısal sonuçlar elde edilebilen bir hale getirilmiştir. Ne var ki yaşam kalitesinin kişisel deneyimlere dayanması ve sübjektif bir kavram olmasından dolayı bu konuda tek bir dil oluşturulamamış, ortak bir tanım ya da tek bir ölçüm aracı geliştirilememiştir. Bundan dolayı yaşam kalitesini ölçmek için aktif olarak kullanılan, genel ve hastalığa özgü birçok ölçek bulunmaktadır (Özdemir 2016). Literatür incelendiğinde kullanılan bu farklı ölçeklerin değerlendirdiği alt boyutlar anlamında bazı ortak alanları içerdiği görülmektedir. Bu ortak konular; fiziksel sağlık, fiziksel rol işlevi, mental sağlık, uyku kalitesi, yorgunluk, ağrı olarak sıralanabilmektedir (Özdemir 2016).

Yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeklerden bazıları aşağıda verilmiştir:

Genel olarak hazırlanmış yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları Kısa Form-36, Avrupa Yaşam Kalitesi-5 Boyut Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğidir (Kara 2012).

Böbrek hastalığına sahip hastaların yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş bazı ölçekler bulunmaktadır (Yalçın 2009). Bu ölçeklerden bazıları Böbrek Hastalığı Formu, Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Aracı ve Diyaliz Yaşam Kalitesi Formu'dur (Yalçın 2009).

2. 3. 2. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişisel temel ihtiyaçların karşılanamaması, öz-bakım gücünün azalması, beden imajı algısı ve cinsel fonksiyonlarda bozulma, günlük yaşantının engellenmesi, aile ve toplum içinde yaşanan rol kayıpları, akut-kronik gelişen sağlık problemleri gibi nedenlerden etkilendiği için önemli bir konudur (Mingardi vd 1999). Bu sebepler göz önünde tutularak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar artırılmalı, gerekli önlemler alınmalıdır. Yaşam kalitesinin artırılması için kişinin kendini ekonomik ve sosyal anlamda güvende hissetmesi önemli bir faktördür. Kişinin bu güven duygusuyla yaşaması sosyal hayatta aktif bir şekilde yer edinebilmesini sağlar. Sosyal hayatını devam ettirebilen kişi konforunu sağlayabilir, kendini rahatça ifade edebilir, çevresi ile olumlu ilişkiler kurabilir ve bu ilişkinin sürekliliğini sağlayabilir (Topbaş ve Bingöl 2017).

Hemodiyaliz tedavisindeki temel amaç, hastanın işlevini yerine getiremeyen böbrek fonksiyonlarının dışarıdan mekanik bir cihazla sağlanarak kişinin sağ kalım süresini uzatmaktır. Ancak kişinin fizyolojik sağlığı korunurken yaşam kalitesinin de optimal düzeyde tutulması bir diğer temel amaç olmalıdır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi, tedavinin ana bileşenlerinden biri olarak düşünülmelidir. Verilen tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımının amacı sadece sağ kalım süresini uzatmak değil hastayı rehabilite etmektir (Kara ve İşcan 2005).

Diyaliz tedavisinin hastaların yaşamında değişikliklere sebep olması ve algılanan yaşam kalitesi ile tedavinin etkinliği arasında pozitif bir ilişki düşündürmesi sebebiyle yaşam kalitesine verilen önemi arttırmaktadır (Tuğla ve Çınar 2005).

2. 4. Beden İmajı Kavramı

Özaltın'a göre beden imajı bedenimiz ve görünüşümüz ile ilgili hissettiklerimiz ve düşündüklerimizdir (Özaltın 2003). Beden imgesi, kişinin fiziksel görünüşü ile alakalı algı, tutum, ve davranışlarını kapsayan öznel deneyimleridir (Cash 2004, Cash vd 2004). Beden imajı ile anlatılmak istenen kişinin vücut şeklini nasıl algıladığı konusudur. Örneklendirmek gerekirse beden kitle endeksine göre kilo problemi olmayan bir kişinin kendini kilolu olarak düşünmesi onun kötü bir beden imajına sahip olduğunu göstermektedir (Ata vd 2014).

Aile, sosyal çevre ve medya gibi faktörler kişinin beden imajını olumsuz olarak algılamasında önemli yer tutar (Smolak 2002). Bu faktörlerle birlikte beden imajı, demografik özelliklerden, fiziksel ve tedavi ile ilgili özelliklerden, psikolojik ve sosyal özelliklerden de etkilenmektedir (Crerand ve Magee 2012).

Yetişkinlik döneminde fiziksel gelişim tamamlanmasına rağmen beden ile ilgili tutum, düşünce ve farkındalık ölüme kadar devam etmektedir (Özteke Kozan ve Hamarta 2017). Kişilerin bedenlerindeki gerek görünüm gerekse işlevsel değişimlere verdikleri tepki, değişime olan uyumu değerlendirmekte oldukça önemli bir yere sahiptir (Whitbourne ve Skultety, 2002). Ayrıca kişinin bu durumlarla baş etme yetileri de beden imajını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Crerand ve Magee 2012). Beden imajı ile ilgili olumsuz durum ve düşüncelerle baş edebilmek, onları yönetebilmek için kişi uyum sağlayıcı ya da bedeni gizleme, görünüşü düzeltme gibi telafi edici davranışlar ortaya koyabilir (Cash, 2002). Ortaya konulan bu davranışlar sayesinde kişi beden imajıyla ilgili olumsuz bir durum karşısında baş etme yöntemleri geliştirmektedir.

Walker ve Murray (2012) görünüşü düzeltme ve kaçınma kavramlarını bu baş etme yöntemlerinden bazıları olarak ortaya koymaktadır (Walker ve Murray 2012). Cash

ve arkadaşlarına göre bir başka baş etme yöntemi de olumlu mantıksal kabul etmedir ve bu yöntemde kişi bedeninin var olan durumunu kabul eder (Cash vd 2005).

2. 4. 1. Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı

Beden imajının olumlu olması genellikle olumlu benlik algısına dayanır. Akut ve kronik hastalıkların varlığı, travma ve cerrahi, benlik saygısını ve beden imajını olumsuz etkileyebilir. Stres ve rol değişimi yaşatabilen bu durumlar beden imajını değiştirebilmektedir. Normal yaşlanma sürecindeki olağan değişimler bile bazen beden imajını değiştirebilir. Bu durumda hastalığın varlığı kişinin baş etme mekanizmalarıyla orantılı olarak beden imajının olumsuz etkilenmesi beklenmektedir.

Olumsuz beden imajının beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, depresyon, düşük benlik saygısı, ve sosyal anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Doğan vd 2011).

Kronik hastalıkların arasında önemli bir yer tutan hemodiyaliz hastaları içinde durum böyledir. Hemodiyaliz tedavisinin gerektirdiği kol, bacak ve femoral bölgedeki kateter ve fistüller, oluşan skar dokusu hastaların bedenlerinde değişikliklere yol açacak ve olumsuz etkilenmelerine sebep olacaktır (Auer 2005, Partridge ve Robertson 2011). Kol ve boyunlarında bu tarz bedensel değişimler yaşayan hastalar toplum içine çıkmak istememektedir. Bu durum hastanın beden imajının olumsuz etkilenmesi ile birlikte yalnızlaşmasına da sebep olmaktadır (Topbaş ve Bingöl 2017).

Diyalizin beraberinde getirdiği yaşam tarzı ve fiziksel değişiklikler de hasta tarafından bir tehdit olarak algınacak ve beden imajında değişikliklere yol açacaktır. Beden algısının bozuk olması bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (Kara 2012).

Bu gibi durumlarda diyaliz hemşireleri; hasta ve hasta yakınları ile diyaliz tedavisi başlamadan önce belli aralıklarla oluşabilecek değişiklikler hakkında eğitim görüşmeleri yapmalı ve onları bilgilendirmelidir. Sonrasında ise devam eden seanslarda hastanın bedeni ve varsa meydana gelen değişiklikler hakkında hastanın tutumu gözlemlenmelidir (Muringai vd 2008).

2. 5. Kişilik Kavramı

Kişilik ile ilgili geçmişten günümüze kadar birçok tanım, sınıflandırma yapılmış ve birçok kuram oluşturulmuştur. Bu durum kişiliğin farklı boyutları ile ele alınarak tartışılmasından kaynaklanmaktadır. Bu farklılıklara örnek olacak tanımlardan ilki şöyledir:

Kişilik; bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden onu farklı kılan, tutarlı ve yapısal bir ilişkidir (Cüceloğlu 1990).

Kişilik; kalıtsal, çevresel, fiziksel ve zihinsel özelliklerle etkileşimli ve nispeten bu özelliklerinin de bir sonucu olan, belli ölçüde özgün ve tutarlı duygu, düşünce ve davranış kalıbı şeklinde tanımlanabilir (Özsoy ve Yıldız 2013).

Eysenck (1997) ise kişiliği tam anlamıyla tanımlayabilmek için biyolojik temellerin ortaya konması gerektiği görüşünü ve kişiliğin kalıtsal yolla belirlenmiş olduğunu savunmuştur. Çalışmalarında bu görüşüyle üç temel boyut elde etmiştir. Bu boyutlar nörotisizm, dışa dönüklük ve psikotizmdir. Cüceloğlu (1990), bu boyutların kişilikteki somut hallerini şöyle tanımlamaktadır.

Nörotisizm, duygusal tutarsızlıklar, kaygılı hal, düşük özgüven, kararsızlık, depresiflik, çekingenlik ile,

Dışa dönüklük temelde sosyallik, girişkenlik, canlılık, iletişime açık olma, konuşkanlık ile,

Psikotizm ise soğuk, mesafeli, saldırgan, isyankar gibi özellikler ile karakterizedir (Cüceloğlu 1990, Karancı vd 2007).

2.6. Araştırma Hipotezleri

H1: Hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H2: Hemodiyaliz hastalarının kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma KBY tanısı almış hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisini incelemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Denizli'de bir sağlık kuruluşu, bir üniversite hastanesi ve iki farklı özel diyaliz merkezinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Denizli'de bir sağlık kuruluşu, bir üniversite hastanesi ve iki farklı diyaliz merkezinde takip ve tedavi gören 504 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup evren üzerinden çalışılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 353 hemodiyaliz hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kuruldan etik kurul izni alınmıştır (Ek-2. 11/07/2018 tarihli 60116787-020/47029 sayılı, Ek-3. 27/09/2018 tarihli ve 60116787-020/65035 sayılı). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünden Enstitü Yönetim Kurulu onayı alınmıştır (Ek-4). Araştırmanın uygulanması planlanan merkezlerden de merkezlerin protokolleri çerçevesinde gerekli kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalardan sözlü onam alınmıştır.

Ayrıca verilerin toplanmasında kullanılacak olan Eysenck Kişilik Anketi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Nuran Karancı'dan 08.06.2018'de (Ek-8.), Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği için geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Tayfun Doğan'dan 28.05.2018'de (Ek-9.), Duke Sağlık Profili kullanım izni orijinal halini geliştiren George R Jr Parkerson' dan 27.06.2018'de (Ek-10.) izin alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Duke Sağlık Profili, Eysenck Kişilik Envanteri ve Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin puanları oluşturmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkeni; araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının cinsiyeti, yaşı, medeni hali, eğitim durumu, mesleği, iş ve gelir durumu, hemodiyalizde geçirdikleri süre, KBY tanısına ek kronik hastalıkların varlığı, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kronik böbrek yetmezliği tanısına sahip olmak
- Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde hemodiyaliz tedavisi alıyor olmak
- 18-79 yaş arasında olmak
- Ölçek maddelerine yeterli bilinç-algı düzeyinde cevap verebilecek olmak
- Görme ve işitme duyularıyla ilgili kaybı olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Eylül 2018–Şubat 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler; hastaların demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (Ek-6), Eysenck Kişilik Envanteri (Ek-7), Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri

Ölçeği (Ek-8), Duke Sağlık Profili (Ek-9) ile toplanmıştır. Veriler, hastaların hemodiyaliz seansına geldikleri gün ve saatlerde uygun oldukları zaman yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bir hasta ile yapılan görüşme yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.

3.7.1. Veri Toplama Araçları

3.7. 1. 1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hastaların demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanmıştır. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, iş ve gelir durumu ile kronik böbrek yetmezliğine ek olarak mevcut başka bir rahatsızlığı olup olmadığını sorgulayan sorular yer almaktadır.

3.7. 1. 2. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu (EKA-GGK)

Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu'nun (EKA-GGK) oluşturulmasına dek geçen sürede kişilik ölçümünde kullanılan birçok ölçeğin var olduğu bilinmektedir. Fakat daha kısa bir ölçeğe ihtiyaç duyulmasından ötürü 1992'de Francis ve arkadaşları EKA-GGK'yi oluşturmuşlardır (Francis 1992). EKA- GGK, 4 farklı alt boyut ve her alt boyutunda 6 madde bulunduran toplamda 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Karancı vd 2007). Bu ölçekte kişilik; dışadönüklük, nörotisizm ve psikotisizm alt boyutlarıyla değerlendirilmektedir. Yalan alt boyutuyla ise ölçeğin cevaplandırılmasındaki yanlılığın engellenmesi amaçlanmaktadır. Her bir alt boyut 6 madde ile değerlendirilirken katılımcılardan soruları Evet=1 puan, Hayır=0 puan formatında cevaplandırmaları istenmektedir. Ölçekteki 3, 5, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 22. maddeler ters maddelerdir, ters puanlama gerektirir. Her bir boyut için 0 ile 6 arasında puanlar alınabilmektedir. Ölçeğin Kuder-Richardson alfa değerleri dışadönüklülük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan alt boyutlarında sırasıyla 0.78, 0.65, 0.42, 0.64' tür.

3.7. 1. 3. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ)

Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ) Cash ve arkadaşları tarafından 2005'te geliştirilmiştir (Cash vd 2005). Bu ölçek kişilerin beden imgelerine karşı algıladıkları tehdit ya da olumsuzluklarla ilgili baş etme stratejilerini incelemek için kullanılan bir ölçektir. BİBSÖ, toplam 29 madde içeren ve 3 alt boyutu bulunan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları; görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme ve kaçınmadır. Katılımcılardan, ölçekte yer alan maddelere 1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Katılıyorum, 4=Tamamen katılıyorum şeklinde cevap vermeleri istenmektedir. Ölçekte ters madde yoktur. Her bir boyuttan alınacak yüksek puanlar o boyutun beden imajı ile ilgili olarak hangi baş etme stratejisinin ne derece kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Doğan vd 2010). Ölçeğin orijinalinde kadın-erkek için görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme ve kaçınma alt boyutları için sırasıyla 0,90, 0,93, 0,80, 0,85 ve iki cinsiyet için de 0.74 olarak bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında ise yine sırasıyla 0.84, 0.87, 0.83, 0.81 ve 0.84 olarak saptanmıştır (Doğan vd 2010).

3.7. 1. 4. Duke Sağlık Profili

Duke Sağlık Profili; Parkerson ve arkadaşları tarafından 1981 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçüm aracıdır (Parkerson vd 1981). Uygulamanın daha kolay olması adına ölçeğin kısaltılmış hali olan Duke Sağlık Profili 1991'de Parkerson ve arkadaşları tarafından 17 madde olacak şekilde revize edilmiştir (Parkerson vd 1991). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kuzu vd 2004). Ölçek 17 maddeden; 11 alt boyuttan oluşmaktadır. 11 alt boyutun 6'sı fonksiyonel sağlık ve 5'i disfonksiyonel alanı kapsamaktadır. Fonksiyonel sağlık alanları fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık, algılanan sağlık ve benlik saygısı iken; anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı ve yetersizlik ise disfonksiyonel sağlık alt boyutlarıdır. Fonksiyonel sağlık alanından alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğu anlamına gelirken disfonksiyonel alan puanlarının artması yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. Fonksiyonel sağlık alan puanlarında 0=en kötü, 100=en iyi, disfonksiyonel sağlık alanında ise tam tersi durum sağlık durumunu gösterir (Parkerson, 2002; Kuzu vd 2004). Duke Sağlık Profili, bireyin yaşam kalitesini 1

haftalık zamanını ele alarak değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin orijinal halinin Cronbach's alfa katsayıları fonksiyonel sağlık alanlarında; fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık ve benlik saygısı için sırasıyla 0.76, 0.68, 0.55, 0.80'dir. Disfonksiyonel sağlık alanları; anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon alanlarında ise 0.64, 0.67,0.73'tür (Parkerson 200). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında ise fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık ve benlik saygısı için sırasıyla 0.79, 0.49, 0.37, 0.73 ve anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon alanlarında 0.51, 0.58, 0.61 olarak bulunmuştur (Kuzu vd 2004).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik testleri sonucunda non-parametrik test varsayımları sağlandığından iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Bununla birlikte değişkenler arası ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi p değeri için 0,05'tir.

3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı sadece Denizli il merkezindeki iki özel diyaliz merkezi ve iki sağlık kuruluşunun katılması ve bulguların sadece bu kurumlardaki hastalara genellenebilmesidir.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=353)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
30 yaş altı	9	2,7
31-40	23	6,5
41-50	66	18,7
51-60	93	26,3
61-70	99	28,0
70 yaş üstü	63	17,8
Cinsiyet		
Kadın	148	41,9
Erkek	205	58,1
Medeni Durumu		
Bekar	80	22,7
Evli	273	77,3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	36	10,2
İlköğretim	241	68,3
Lise	62	17,6
Üniversite	14	4,0
İş Durumu		
Çalışıyor	43	12,2
Çalışmıyor	156	44,2
Emekli	108	30,6
Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	13,0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	178	50,4
Gelir gidere eşit	150	42,5
Gelir giderden fazla	25	7,1
Mevcut Ek Hastalık		
Evet	236	66,9
Hayır	117	33,1
Toplam	353	100

Tablo 4.1'de hastaların sosyodemografik özellikleri verilmektedir. Hastaların %2.7'si 30 yaş altında, %28'i 61-70 yaş aralığında olup %17.8'i 70 yaş üstündedir. Örneklem %58.1'i erkeklerden oluşmakta ve %77.3'ü evlidir. Hastaların eğitim ve iş durumlarına bakıldığında %68.3'ünün ilköğretim mezunu, %4'ünün ise üniversite

mezunu olduğu görülürken %44.2'si çalışmamaktadır. Hastaların %50.4'ü gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtirken %66.9'u KBY'ne ek farklı bir hastalıklarının olduğunu belirtmiştir. Hastalarda ilk sırada yer alan hastalık hipertansiyondur. Hipertansiyonu sırasıyla diyabetes mellitus, kalp-damar hastalıkları, kanser türleri, nörolojik, gastrointestinal ve sendromik hastalıklar ve solunum sistemleri hastalıkları takip etmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (n=353)

EKA-GGK Alt Boyutları	Ortalama\pmss	Medyan (Min-Max)
Nörotisizm	4,27 \pm 1,28	4,00 (0,00-6,00)
Dışa-dönüklük	1,90 \pm 2,19	1,00 (0,00-6,00)
Psikotisizm	1,67 \pm 1,31	2,00 (0,00-5,00)
Yalan	3,48 \pm 1,48	4,00 (0,00-6,00)

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2'de verilmiştir. Hastaların nörotisizm alt boyutunda EKA-GGK puan ortalaması 4,27 \pm 1,28, dışadönüklük alt boyutunda 1,90 \pm 2,19, psikotisizm alt boyutunda 1,67 \pm 1,31 ve yalan alt boyutunda 3,48 \pm 1,48 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	Ortalama\pmss	Medyan (Min-Max)
Görünüşü Düzeltme	23,36 \pm 4,60	23,00 (10,00-40,00)
Olumlu Mantıksal Kabullenme	25,82 \pm 4,35	26,00 (11,00-44,00)
Kaçınma	20,37 \pm 3,66	21,00 (12,00-32,00)

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların görünüşü düzeltme alt boyutunda

BİBSÖ puan ortalaması $23,36 \pm 4,60$, olumlu mantıksal kabullenme alt boyutunda $25,82 \pm 4,35$ ve kaçınma alt boyutunda $20,37 \pm 3,66$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DUKE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (n=353)

DUKE Alt Boyutları		
Fonksiyonel Sağlık	Ortalama\pmss	Medyan (Min-Max)
Fiziksel Sağlık	42,76 \pm 28,76	40,00 (0,00-100,00)
Mental Sağlık	54,55 \pm 24,80	60,00 (0,00-100,00)
Sosyal Sağlık	55,11 \pm 25,24	50,00 (0,00-100,00)
Genel Sağlık	50,81 \pm 20,57	53,30 (0,00-100,00)
Algılanan Sağlık	37,07 \pm 37,12	50,00 (0,00-100,00)
Benlik Saygısı	58,10 \pm 26,36	60,00 (0,00-100,00)
Disfonksiyonel Sağlık		
Anksiyete	47,75 \pm 22,49	50,00 (0,00-100,00)
Depresyon	50,94 \pm 26,76	50,00 (0,00-100,00)
Anksiyete- Depresyon	49,14 \pm 22,81	50,00 (0,00-100,00)
Ağrı	45,17 \pm 37,24	50,00 (0,00-100,00)
Yetersizlik	27,13 \pm 26,06	50,00 (0,00-100,00)

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DUKE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.4'te verilmiştir. Hastaların fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık, algılanan sağlık ve benlik saygısı alt boyutları için sırasıyla $42,76 \pm 28,76$, $54,55 \pm 24,80$, $55,11 \pm 25,24$, $50,81 \pm 20,57$, $37,07 \pm 37,12$, $47,75 \pm 22,49$ olarak saptanmıştır. Anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı, yetersizlik puanları ise $47,75 \pm 22,49$, $50,94 \pm 26,76$, $49,14 \pm 22,81$, $45,17 \pm 37,24$, $27,13 \pm 26,06$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların cinsiyete göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Boyutları	Alt	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Nörotisizm					
Kadın		148	4,39±1,13	4,50 (2,00-6,00)	z=-1,09
Erkek		205	4,18±1,37	4,00 (0,00-6,00)	p=0,272
Dışa-dönüklük					
Kadın		148	1,73±2,11	1,00 (0,00-6,00)	z=-1,33
Erkek		205	2,03±2,25	1,00 (0,00-6,00)	p=0,184
Psikotisizm					
Kadın		148	1,65±1,20	2,00 (0,00-5,00)	z=-0,016
Erkek		205	1,69±1,38	2,00 (0,00-5,00)	p=0,987
Yalan					
Kadın		148	3,47±1,56	3,00 (0,00-6,00)	z=-0,176
Erkek		205	3,49±1,42	4,00 (0,00-6,00)	p=0,861

EKA-GGK'de cinsiyetlere göre puanlar incelendiğinde; tüm puan türlerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 4.6. Hastaların cinsiyete göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Görünüşü Düzeltme				
Kadın	148	23,25±4,91	23,00 (10,00-40,00)	z=-0,502
Erkek	205	23,43±4,31	24,00 (12,00-39,00)	p=0,616
Olumlu Mantıksal				
Kabullenme				
Kadın	148	26,19±4,26	26,00 (12,00-44,00)	z=-0,686
Erkek	205	25,55±4,40	26,00 (11,00-38,00)	p=0,493
Kaçınma				
Kadın	148	20,91±3,83	21,00 (14,00-32,00)	z=-2,09
Erkek	205	19,98±3,49	20,00 (12,00-30,00)	p=0,036

Tablo 4.6'da BİBSÖ'de cinsiyetlere göre puanlar incelendiğinde, görünüşü düzeltme alt boyutunda kadınlar $23,25 \pm 4,91$ puan alır iken erkekler $23,43 \pm 4,31$ puan almıştır. Olumlu mantıksal kabullenme alt boyutunda ise kadınlar $26,19 \pm 4,26$ alır iken erkeklerin $25,55 \pm 4,40$ puan aldığı görülmektedir. Erkeklerin en düşük puan aldıkları alt boyutun ise kaçınma alt boyutu olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ile birlikte Tablo 4.6. incelendiğinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların cinsiyete göre DUKE fonksiyonel ve disfonksiyonel sağlık puanlarının karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Fonksiyonel Sağlık				
Fiziksel Sağlık				
Kadın	148	34,46±26,76	30,00 (0,00-100,00)	z=-4,6 p=0,0001
Erkek	205	48,77±28,72	50,00 (0,00-100,00)	
Mental Sağlık				
Kadın	148	47,91±23,77	50,00 (0,00-100,00)	z=-4,2 p=0,0001
Erkek	205	59,36±24,48	60,00 (0,00-100,00)	
Sosyal Sağlık				
Kadın	148	51,55±23,55	50,00 (0,00-100,00)	z=-2,4 p=0,014
Erkek	205	57,70±26,15	60,00 (0,00-100,00)	
Genel Sağlık				
Kadın	148	44,64±18,69	43,30 (3,30-93,30)	z=-5,06 p=0,0001
Erkek	205	55,28±20,76	56,70 (3,30-100,00)	
Algılanan Sağlık				
Kadın	148	32,77±33,86	50,00 (0,00-100,00)	z=-1,6 p=0,106
Erkek	205	40,20±39,10	50,00 (0,00-100,00)	
Benlik Saygısı				
Kadın	148	53,24±24,75	60,00 (0,00-100,00)	z=-3,2 p=0,001
Erkek	205	61,62±26,98	70,00 (0,00-100,00)	
Disfonksiyonel Sağlık				
Anksiyete				
Kadın	148	51,07±20,40	50,00 (0,00-91,70)	z=-2,5 p=0,011
Erkek	205	45,34±23,65	41,70 (0,00-100,00)	
Depresyon				
Kadın	148	60,54±24,63	60,00 (0,00-100,00)	z=-5,6 p=0,0001
Erkek	205	43,97±26,14	40,00 (0,00-100,00)	
Anksiyete-Depresyon				
Kadın	148	55,74±21,20	57,10 (0,00-100,00)	z=-4,5 p=0,0001
Erkek	205	44,36±22,79	42,90 (0,00-100,00)	
Ağrı				
Kadın	148	54,05±36,66	50,00 (0,00-100,00)	z=-3,8 p=0,0001
Erkek	205	38,73±36,41	50,00 (0,00-100,00)	
Yetersizlik				
Kadın	148	30,74±25,10	50,00 (0,00-100,00)	z=-2,3 p=0,019
Erkek	205	24,51±26,49	0,00 (0,00-100,00)	

Tablo 4.7.'de DUKE Sağlık Profili alt boyutlarının her iki cinsiyette aldıkları puanlar karşılaştırıldığında "Algılanan Sağlık" dışında tüm alt boyutlar istatistiksel olarak anlamlı kaydedilmektedir ($p<0,05$). Algılanan sağlık puanı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte erkeklerde $40,20\pm 39,10$ ve kadınlarda $32,77\pm 33,86$ olarak bulunmaktadır.

Hastaların DUKE alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde ise fiziksel, mental, sosyal, genel sağlık puanlarının ve benlik saygısı puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken ($p<0,05$) anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı ve yetersizlik puanlarının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Hastaların medeni durumlarına göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Alt Boyutları	n	Ortalama \pm ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Nörotisizm				
Bekar	80	4,29 \pm 1,28	4,50 (0,00-6,00)	z=-0,22
Evli	273	4,26 \pm 1,28	4,00 (0,00-6,00)	p=0,825
Dışa-dönüklük				
Bekar	80	1,95 \pm 2,37	1,00 (0,00-6,00)	z=-0,18
Evli	273	1,89 \pm 2,25	1,00 (0,00-6,00)	p=0,854
Psikotisizm				
Bekar	80	2,04 \pm 1,45	2,00 (0,00-5,00)	z=-2,5
Evli	273	1,57 \pm 1,24	2,00 (0,00-5,00)	p=0,011
Yalan				
Bekar	80	3,41 \pm 1,49	4,00 (0,00-6,00)	z=-0,231
Evli	273	3,50 \pm 1,48	4,00 (0,00-6,00)	p=0,817

Tablo 4.8'de hastaların medeni durumlara göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puan karşılaştırmaları incelendiğinde, psikotisizm puanlarının bekârlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer alt boyutlar açısından medeni durumlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Hastaların medeni durumlarına göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Görünüşü Düzeltme				
Bekar	80	23,86±5,73	23,00 (12,00-40,00)	z=-0,875
Evli	273	23,21±4,22	23,00 (10,00-39,00)	p=0,382
Olumlu Mantıksal				
Kabullenme				
Bekar	80	24,95±4,51	25,50 (12,00-39,00)	z=-2,06
Evli	273	26,07±4,28	26,00 (11,00-44,00)	p=0,039
Kaçınma				
Bekar	80	20,70±3,87	21,00 (13,00-32,00)	z=-0,688
Evli	273	20,27±3,60	21,00 (12,00-32,00)	p=0,491

Tablo 4.9'da hastaların medeni durumlara göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puan karşılaştırmaları incelendiğinde olumlu mantıksal kabullenme puanlarının evli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer alt boyutlar açısından medeni durumlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Hastaların medeni durumlarına göre DUKE fonksiyonel ve disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Fonksiyonel Sağlık				
Fiziksel Sağlık				
Bekar	80	37,75±30,52	30,00 (0,00-100,00)	z=-1,99 p=0,046
Evli	273	44,23±28,10	50,00 (0,00-100,00)	
Mental Sağlık				
Bekar	80	48,88±23,11	50,00 (0,00-100,00)	z=-2,33 p=0,019
Evli	273	56,21±25,08	60,00 (0,00-100,00)	
Sosyal Sağlık				
Bekar	80	46,75±24,07	40,00 (0,00-100,00)	z=-3,49 p=0,0001
Evli	273	57,57±25,09	60,00 (0,00-100,00)	
Genel Sağlık				
Bekar	80	44,46±20,24	41,65 (3,30-93,30)	z=-3,40 p=0,001
Evli	273	52,67±20,33	56,70 (3,30-100,00)	
Algılanan Sağlık				
Bekar	80	26,88±36,41	0,00 (0,00-100,00)	z=-2,98 p=0,003
Evli	273	40,07±36,86	50,00 (0,00-100,00)	
Benlik Saygısı				
Bekar	80	47,75±25,01	45,00 (0,00-100,00)	z=-4,10 p=0,0001
Evli	273	61,14±26,01	60,00 (0,00-100,00)	
Disfonksiyonel Sağlık				
Anksiyete				
Bekar	80	52,81±20,02	50,00 (0,00-91,70)	z=-2,48 p=0,013
Evli	273	46,26±22,98	41,70 (0,00-100,00)	
Depresyon				
Bekar	80	56,75±28,27	60,00 (0,00-100,00)	z=-2,27 p=0,023
Evli	273	49,23±26,11	50,00 (0,00-100,00)	
Anksiyete-Depresyon				
Bekar	80	54,64±22,47	57,10 (0,00-100,00)	z=-2,58 p=0,011
Evli	273	47,53±22,70	42,90 (0,00-100,00)	
Ağrı				
Bekar	80	47,50±37,23	50,00 (0,00-100,00)	z=-0,64 p=0,521
Evli	273	44,49±37,28	50,00 (0,00-100,00)	
Yetersizlik				
Bekar	80	29,38±26,02	50,00 (0,00-100,00)	z=-0,88 p=0,375
Evli	273	26,47±26,09	50,00 (0,00-100,00)	

Tablo 4.10.'da fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık ve benlik saygısı puanlarının evlilerde anlamlı derecede yüksek olduğu görölmüştür ($p<0,05$).

Yine bu tabloda anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon puanları bekârlarda anlamlı derecede yüksek görölmektedir ($p<0,05$). Ağrı ve yetersizlikler puanları açısından medeni durumlar arasında anlamlı bir farklılık görölmemektedir($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bekârlarda ağrı $47,50\pm37,23$; yetersizlik $29,38\pm26,02$ olarak bulunmuş olup evli hastalara göre daha yüksek oldukları görölmektedir.

Tablo 4.11. Hastaların eğitim durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Alt Boyut	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Nörotisizm					
1=Okur-yazar değil	36	4,22±1,10	4,50 (2,00-6,00)	KW=3,60 p=0,299	-
2=İlköğretim	241	4,24±1,28	4,00 (0,00-6,00)		
3=Lise	62	4,47±1,41	5,00 (0,00-6,00)		
4=Üniversite	14	4,07±1,21	4,00 (2,00-6,00)		
Dışa-dönüklük					
1=Okur-yazar değil	36	1,64±2,02	1,00 (0,00-6,00)	KW=11,8 p=0,008	4-1
2=İlköğretim	241	1,71±2,14	1,00 (0,00-6,00)		4-2
3=Lise	62	2,63±2,31	2,00 (0,00-6,00)		3-1
4=Üniversite	14	2,79±2,33	2,50 (0,00-6,00)		3-2
Psikotisizm					
1=Okur-yazar değil	36	1,72±1,21	2,00 (0,00-4,00)	KW=0,859 p=0,835	-
2=İlköğretim	241	1,65±1,34	2,00 (0,00-5,00)		
3=Lise	62	1,74±1,24	2,00 (0,00-4,00)		
4=Üniversite	14	1,71±1,44	1,50 (0,00-5,00)		
Yalan					
1=Okur-yazar değil	36	3,42±1,61	3,50 (1,00-6,00)	KW=4,30 p=0,229	-
2=İlköğretim	241	3,41±1,47	3,00 (0,00-6,00)		
3=Lise	62	3,69±1,52	4,00 (0,00-6,00)		
4=Üniversite	14	4,00±0,96	4,00 (0,00-6,00)		

Tablo 4.11'de puanların eğitim durumlarına göre karşılaştırmaları incelendiğinde dışadönüklük puanının üniversite ve lise grubunda diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek görülmüştür ($p<0,05$). Diğer puan türleri açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.11'de dışadönükük puanları açısından eğitim durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Lise ve üniversite grubunda olanlarda dışadönüklük puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir.

Tablo 4.12. Hastaların eğitim durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Görünüşü Düzeltme					
1=Okur-yazar değil	36	20,97±5,46	20,50 (10,00-34,00)	KW=39,6 p=0,0001	4-1
2=İlköğretim	241	22,83±4,12	23,00 (13,00-34,00)		4-2
3=Lise	62	26,21±4,45	26,00 (17,00-40,00)		3-1
4=Üniversite	14	25,86±4,52	27,00 (12,00-31,00)		3-2
Olumlu Mantıksal Kabullenme					
1=Okur-yazar değil	36	26,61±4,37	26,00 (20,00-39,00)	KW=2,5 p=0,473	-
2=İlköğretim	241	25,72±4,51	26,00 (11,00-44,00)		-
3=Lise	62	25,44±3,89	26,00 (16,00-34,00)		-
4=Üniversite	14	27,14±3,18	28,00 (20,00-32,00)		-
Kaçınma					
1=Okur-yazar değil	36	21,36±3,56	22,00 (14,00-28,00)	KW=17,9 p=0,0001	4-1
2=İlköğretim	241	20,63±3,60	21,00 (12,00-32,00)		4-2
3=Lise	62	19,18±3,55	19,50 (14,00-32,00)		3-1
4=Üniversite	14	18,57±4,05	17,50 (13,00-27,00)		3-2

Tablo 4.12'de ise eğitim durumlarına göre puanların karşılaştırmaları incelendiğinde görünüşü düzeltme puanlarının üniversite ve lise grubunda diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken, kaçınma puanlarının üniversite ve lise grubunda diğer iki gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer puan türleri açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.12'de görünüşü düzeltme ve kaçınma puanları açısından eğitim grupları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Görünüşü düzeltme puanı açısından lise ve üniversite grubunda olanlarda puanların diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken, kaçınma puanı açısından lise ve üniversite grubunda olanlarda puanların diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. Hastaların eğitim durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları					
Fonksiyonel Sağlık	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Fiziksel Sağlık					
1=Okur-yazar değil	36	28,33±25,80	20,00 (0,00-100,00)	KW=26,7 p=0,0001	1-2 1-3 1-4 2-3 2-4
2=İlköğretim	241	40,67±27,31	40,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	57,42±30,19	60,00 (0,00-100,00)		
4=Üniversite	14	50,71±28,14	60,00 (0,00-100,00)		
Mental Sağlık					
1=Okur-yazar değil	36	46,11±22,84	50,00 (0,00-90,00)	KW=16,9 p=0,001	1-2 1-3 1-4 2-3 2-4
2=İlköğretim	241	52,67±25,08	55,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	65,00±22,45	70,00 (20,00-100,00)		
4=Üniversite	14	62,14±20,82	55,00 (30,00-90,00)		
Sosyal Sağlık					
1=Okur-yazar değil	36	45,56±25,46	40,00 (0,00-100,00)	KW=21,7 p=0,0001	1-2 1-3 1-4 2-3 2-4
2=İlköğretim	241	53,00±24,74	50,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	66,77±23,52	70,00 (0,00-100,00)		
4=Üniversite	14	64,29±23,11	70,00 (0,00-90,00)		
Genel Sağlık					
1=Okur-yazar değil	36	40,00±18,42	36,70 (3,30-86,70)	KW=35,9 p=0,0001	1-2 1-3 1-4 2-3 2-4
2=İlköğretim	241	48,78±20,16	50,00 (3,30-100,00)		
3=Lise	62	63,07±17,87	61,65 (20,00-93,30)		
4=Üniversite	14	59,05±18,64	60,00 (30,00-93,30)		
Algılanan Sağlık					
1=Okur-yazar değil	36	33,33±33,81	50,00 (0,00-100,00)	KW=1,04 p=0,791	-
2=İlköğretim	241	36,46±36,79	50,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	41,13±37,90	50,00 (0,00-100,00)		
4=Üniversite	14	39,29±48,75	0,00 (0,00-100,00)		
Benlik Saygısı					
1=Okur-yazar değil	36	48,89±27,75	45,00 (0,00-100,00)	KW=12,8 p=0,005	1-2 1-3 1-4 2-3 2-4
2=İlköğretim	241	56,79±26,17	60,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	67,42±23,40	70,00 (0,00-100,00)		
4=Üniversite	14	62,86±28,67	65,00 (10,00-100,00)		

Tablo 4.13'teki eğitim durumlarına göre DUKE fonksiyonel sağlık alanı karşılaştırıldığında eğitim durumu arttıkça puanlarında arttığı görülmektedir. Okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olanlarda puanların diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13'te algılanan sağlık dışındaki fonksiyonel sağlık alanları puanları açısından eğitim durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlarda puanların diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. ve Tablo 4.14. birlikte incelendiğinde algılanan sağlık puanı ve yetersizlik puanı açısından eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) Tablo 4.14'te benlik saygısı puanı değerlerinin okuryazar değil ve ilkokul grubunda diğer gruplara göre düşük olduğu görülürken, diğer puanların lise ve üniversite gruplarında diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.14'te disfonksiyonel sağlık alanları puanları açısından eğitim durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlarda puanların diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.14. Hastaların eğitim durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları					
Disfonksiyonel Sağlık	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Anksiyete					
1=Okur-yazar değil	36	54,17±18,11	58,30 (8,30-91,70)	KW=19,9 p=0,0001	1-3
2=İlköğretim	241	49,86±22,45	50,00 (0,00-100,00)		1-4
3=Lise	62	37,63±22,21	33,30 (0,00-100,00)		2-3
4=Üniversite	14	39,89±20,98	41,65 (8,30-66,70)		2-4
Depresyon					
1=Okur-yazar değil	36	66,94±26,92	70,00 (10,00-100,00)	KW=34,8 p=0,0001	1-3
2=İlköğretim	241	53,04±25,77	50,00 (0,00-100,00)		1-4
3=Lise	62	35,65±24,27	40,00 (0,00-90,00)		2-3
4=Üniversite	14	41,43±20,33	45,00 (0,00-80,00)		2-4
Anksiyete-Depresyon					
1=Okur-yazar değil	36	59,72±20,43	57,10 (14,30-92,90)	KW=32,4 p=0,0001	1-3
2=İlköğretim	241	51,45±22,34	50,00 (0,00-100,00)		1-4
3=Lise	62	35,95±21,14	35,70 (0,00-85,70)		2-3
4=Üniversite	14	40,79±18,46	39,30 (7,10-71,40)		2-4
Ağrı					
1=Okur-yazar değil	36	50,00±37,80	50,00 (0,00-100,00)	KW=13,9 p=0,003	1-3
2=İlköğretim	241	48,75±36,57	50,00 (0,00-100,00)		1-4
3=Lise	62	33,06±36,15	50,00 (0,00-100,00)		2-3
4=Üniversite	14	25,00±37,98	0,00 (0,00-100,00)		2-4
Yetersizlik					
1=Okur-yazar değil	36	33,33±23,90	50,00 (0,00-50,00)	KW=3,5 p=0,308	-
2=İlköğretim	241	25,83±26,66	25,00 (0,00-100,00)		
3=Lise	62	29,03±24,87	50,00 (0,00-50,00)		
4=Üniversite	14	25,00±25,94	25,00 (0,00-50,00)		

Tablo 4.15. Hastaların iş durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Boyutları	Alt n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Nörotisizm					
1=Çalışıyor	43	4,02±1,41	4,00 (1,00-6,00)	KW=2,6 p=0,445	-
2=Çalışmıyor	156	4,26±1,18	4,00 (0,00-6,00)		
3=Emekli	108	4,32±1,37	5,00 (0,00-6,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	4,39±1,29	5,00 (1,00-6,00)		
Dışa-dönüklük					
1=Çalışıyor	43	2,51±2,32	2,00 (0,00-6,00)	KW=8,30 p=0,041	1-2
2=Çalışmıyor	156	1,58±2,08	0,50 (0,00-6,00)		1-3
3=Emekli	108	2,09±2,26	1,00 (0,00-6,00)		1-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	1,98±2,20	1,00 (0,00-6,00)		3-2 3-4
Psikotisizm					
1=Çalışıyor	43	1,49±1,28	1,00 (0,00-5,00)	KW=2,8 p=0,414	-
2=Çalışmıyor	156	1,76±1,30	2,00 (0,00-5,00)		
3=Emekli	108	1,56±1,29	1,50 (0,00-5,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	1,80±1,41	2,00 (0,00-5,00)		
Yalan					
1=Çalışıyor	43	3,40±1,56	3,00 (1,00-6,00)	KW=1,6 p=0,652	-
2=Çalışmıyor	156	3,42±1,44	3,00 (0,00-6,00)		
3=Emekli	108	3,52±1,48	4,00 (0,00-6,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	3,70±1,56	4,00 (0,00-6,00)		

Tablo 4.15'te dışa dönüklük puanlarının çalışan ve emeklilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.15'te dışa dönüklük puanları açısından iş durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Çalışan ve emekli olanlarda dışadönüklük puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir.

Tablo 4.16. Hastaların iş durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Görünüşü Düzeltme					
1=Çalışıyor	43	24,70± 3,51	25,00 (17,00-31,00)	KW=13,2 p=0,004	1-2 1-3
2=Çalışmıyor	156	22,55±5,07	22,00 (10,00-40,00)		
3=Emekli	108	23,44±3,92	23,00 (14,00-32,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	24,63±4,86	24,50 (13,00-39,00)		
Olumlu Mantıksal Kabullenme					
1=Çalışıyor	43	26,02±3,15	26,00 (19,00-32,00)	KW=9,7 p=0,021	1-2 1-4 3-2 3-4
2=Çalışmıyor	156	25,47±4,45	25,00 (12,00-44,00)		
3=Emekli	108	26,67±4,11	27,00 (13,00-38,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	24,83±5,22	26,00 (11,00-33,00)		
Kaçınma					
1=Çalışıyor	43	19,12±3,32	19,00 (13,00-29,00)	KW=13,7 p=0,003	2-1 2-3 2-4
2=Çalışmıyor	156	21,07±3,75	21,00 (13,00-32,00)		
3=Emekli	108	20,08±3,43	20,00 (12,00-30,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	19,85±3,81	20,00 (12,00-32,00)		

Tablo 4.16'da görünüşü düzeltme puanlarının çalışanlarda çalışmayan ve emeklilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Olumlu mantıksal kabullenme puanlarının çalışan ve emeklilerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Kaçınma puanlarının ise çalışmayanlarda diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.16'da BİBSÖ alt boyut puanları açısından iş durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Çalışanlarda görünüşü düzeltme puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Olumlu mantıksal kabullenme puanlarının çalışan ve emeklilerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Kaçınma alt boyutu puanlarının ise çalışmayanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17. Hastaların iş durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE					
Alt Boyutları					
Fonksiyonel Sağlık	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Fiziksel Sağlık					
1=Çalışıyor	43	66,74±24,85	70,00 (0,00-100,00)	KW=26,7 p=0,0001	1-2
2=Çalışmıyor	156	37,05±28,92	30,00 (0,00-100,00)		1-3
3=Emekli	108	37,66±24,97	40,00 (0,00-90,00)		1-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	51,52±26,83	50,00 (0,00-100,00)		
Mental Sağlık					
1=Çalışıyor	43	70,23±21,10	70,00 (10,00-100,00)	KW=26,5 p=0,0001	2-1
2=Çalışmıyor	156	48,91±23,65	50,00 (0,00-100,00)		2-3
3=Emekli	108	55,51±25,74	60,00 (0,00-100,00)		2-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	56,74±23,29	60,00 (0,00-100,00)		
Sosyal Sağlık					
1=Çalışıyor	43	69,77±19,94	70,00 (30,00-100,00)	KW=28,2 p=0,0001	2-1
2=Çalışmıyor	156	48,46±23,72	50,00 (0,00-100,00)		2-3
3=Emekli	108	58,50±25,65	60,00 (0,00-100,00)		2-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	56,09±26,87	50,00 (0,00-100,00)		
Genel Sağlık					
1=Çalışıyor	43	68,92±15,35	70,00 (26,70-100,00)	KW=50,5 p=0,0001	2-1
2=Çalışmıyor	156	44,81±19,64	41,65(3,30-93,30)		2-3
3=Emekli	108	50,56±19,89	53,30 (3,30-93,30)		2-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	54,78±19,12	56,70 (3,30-90,00)		
Algılanan Sağlık					
1=Çalışıyor	43	48,84±38,56	50,00 (0,00-100,00)	KW=11,6 p=0,0001	1-2
2=Çalışmıyor	156	30,77±32,85	50,00 (0,00-100,00)		1-3
3=Emekli	108	43,93±41,04	50,00 (0,00-100,00)		1-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	31,52±35,53	25,00 (0,00-100,00)		3-2 3-4
Benlik Saygısı					
1=Çalışıyor	43	72,79±17,91	70,00 (30,00-100,00)	KW=30,5 p=0,009	1-2
2=Çalışmıyor	156	50,77±24,93	50,00 (0,00-100,00)		1-3
3=Emekli	108	63,36±27,16	70,00 (0,00-100,00)		1-4
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	56,96±27,96	60,00 (0,00-100,00)		3-2 3-4

Tablo 4.17. incelendiğinde fiziksel sağlık puanı değerlerinin çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı ve genel sağlık puanı değerlerinin çalışmayanlarda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerlerinin çalışan ve emeklilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.17'de fonksiyonel sağlık alanı puanları açısından anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Çalışanların fiziksel sağlık puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmayanların mental, sosyal ve genel sağlık puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olmasıyla birlikte çalışan ve emeklilerde algılanan sağlık ve benlik saygısı puanlarının diğer gruplara anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.18. incelendiğinde, anksiyete puanı, depresyon puanı ve anksiyete-depresyon puanı değerlerinin çalışanlarda anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ağrı puanı ve yetersizlik puanı değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bu değerlerin çalışanlarda daha düşük oldukları görülmektedir.

Tablo 4.18'de anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon puanları açısından anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Çalışanlarda bu puanlar diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük görülmektedir.

Tablo 4.18. Hastaların iş durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları					
Disfonksiyonel Sağlık	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Anksiyete					
1=Çalışıyor	43	32,17±18,42	25,00 (0,00-75,00)	KW=26,5 p=0,0001	1-2 1-3 1-4
2=Çalışmıyor	156	51,39±20,63	50,00 (0,00-91,70)		
3=Emekli	108	49,14±24,63	50,00 (0,00-100,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	46,74±21,20	41,70 (8,30-91,70)		
Depresyon					
1=Çalışıyor	43	30,00±24,78	30,00 (0,00-90,00)	KW=38,6 p=0,0001	1-2 1-3 1-4
2=Çalışmıyor	156	58,33±25,52	60,00 (0,00-100,00)		
3=Emekli	108	50,75±25,17	50,00 (0,00-100,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	45,87±25,35	45,00 (0,00-100,00)		
Anksiyete-Depresyon					
1=Çalışıyor	43	32,71±21,33	28,60 (0,00-92,90)	KW=30,8 p=0,0001	1-2 1-3 1-4
2=Çalışmıyor	156	54,35±21,27	57,10 (0,00-100,00)		
3=Emekli	108	49,06±23,33	50,00 (7,10-100,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	47,05±20,89	42,90 (7,10-100,00)		
Ağrı					
1=Çalışıyor	43	32,56±32,52	50,00 (0,00-100,00)	KW=7,2 p=0,065	-
2=Çalışmıyor	156	49,36±38,09	50,00 (0,00-100,00)		
3=Emekli	108	45,79±37,06	50,00 (0,00-100,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	41,30±36,97	50,00 (0,00-100,00)		
Yetersizlik					
1=Çalışıyor	43	20,93±27,24	0,00 (0,00-100,00)	KW=4,1 p=0,246	-
2=Çalışmıyor	156	28,85±25,42	50,00 (0,00-100,00)		
3=Emekli	108	28,04±25,86	50,00 (0,00-100,00)		
4=Hastalığı sebebiyle ayrılmış	46	25,00±27,39	0,00 (0,00-100,00)		

Tablo 4.19. Hastaların gelir durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Boyutları	Alt n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Nörotisizm					
1=Gelir giderden az	178	4,21±1,21	4,00 (0,00-6,00)	KW=3,3 p=0,191	-
2=Gelir gidere eşit	150	4,40±1,30	5,00 (1,00-6,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	3,92±1,61	4,00 (0,00-6,00)		
Dışa-dönüklük					
1=Gelir giderden az	178	1,60±2,06	1,00 (0,00-6,00)	KW=8,6 p=0,013	1-2 1-3
2=Gelir gidere eşit	150	2,11±2,22	1,00 (0,00-6,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	2,88±2,62	2,00 (0,00-6,00)		
Psikotisizm					
1=Gelir giderden az	178	1,76±1,32	2,00 (0,00-5,00)	KW=1,8 p=0,394	-
2=Gelir gidere eşit	150	1,57±1,29	1,00 (0,00-5,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	1,72±1,28	1,00 (0,00-5,00)		
Yalan					
1=Gelir giderden az	178	3,31±1,51	3,00 (0,00-6,00)	KW=5,3 p=0,068	-
2=Gelir gidere eşit	150	3,61±1,46	4,00 (1,00-6,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	3,92±1,22	4,00 (1,00-6,00)		

Tablo 4.19'da hastaların EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde, dışa dönüklük puanının gelir giderden az olanlarda anlamlı derecede yüksek olarak görülmüştür ($p<0,05$). Nörotisizm, psikotisizm ve yalan puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.19'da dışadönüklük puanları açısından gelir durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Gelir-giderden az olanlarda dışadönüklük puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.20. Hastaların gelir durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Görünüşü Düzeltme					
1=Gelir giderden az	178	22,75±4,66	22,00 (10,00-34,00)	KW=8,2 p=0,016	3-1
2=Gelir gidere eşit	150	23,75±4,36	24,00 (12,00-40,00)		3-2
3=Gelir giderden fazla	25	25,28±5,00	25,00 (17,00-39,00)		
Olumlu Mantıksal Kabullenme					
1=Gelir giderden az	178	25,32±4,50	25,00 (11,00-44,00)	KW=8,8 p=0,012	2-1
2=Gelir gidere eşit	150	26,41±4,14	27,00 (13,00-38,00)		2-3
3=Gelir giderden fazla	25	25,84±4,23	27,00 (15,00-32,00)		
Kaçınma					
1=Gelir giderden az	178	20,94±3,65	21,00 (13,00-32,00)	KW=10,5 p=0,005	1-2
2=Gelir gidere eşit	150	19,88±3,68	20,00 (12,00-30,00)		1-3
3=Gelir giderden fazla	25	19,28±3,08	20,00 (14,00-25,00)		

Tablo 4.20 incelendiğinde, kaçınma puanının gelir giderden az olanlarda anlamlı derecede yüksek olarak görülürken, görünüşü düzeltme puanları geliri giderden fazla olan grupta ve olumlu mantıksal kabullenme puanları da geliri giderine eşit olan grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.20'de BİBSÖ alt boyut puanları açısından gelir durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Gelir-giderden fazla olan grupta görünüşü düzeltme puanının, gelir-gidere eşit olanlarda olumlu mantıksal kabullenme puanının ve gelir-giderden az olanlarda kaçınma puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.21'de algılanan sağlık puanı dışındaki fonksiyonel sağlık alanı puanları açısından gelir durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Gelir-giderden az olanlarda fiziksel, sosyal, genel sağlık ve benlik saygısı puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Gelir-gidere eşit olan grupta ise mental sağlık puanı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.21. Hastaların gelir durumuna göre DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları					
Fonksiyonel Sağlık	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Fiziksel Sağlık					
1=Gelir giderden az	178	37,53±28,61	30,00 (0,00-100,00)	KW=13,5 p=0,001	1-2 1-3
2=Gelir gidere eşit	150	48,86±27,86	50,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	43,60±28,85	40,00 (0,00-90,00)		
Mental Sağlık					
1=Gelir giderden az	178	51,40±23,83	50,00 (0,00-100,00)	KW=6,5 p=0,039	2-1 2-3
2=Gelir gidere eşit	150	58,32±25,87	60,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	54,40±22,74	60,00 (10,00-90,00)		
Sosyal Sağlık					
1=Gelir giderden az	178	51,35±23,90	50,00 (0,00-100,00)	KW=7,9 p=0,018	1-2 1-3
2=Gelir gidere eşit	150	58,66±26,14	60,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	60,80±25,97	70,00 (20,00-100,00)		
Genel Sağlık					
1=Gelir giderden az	178	46,76±19,34	46,70 (3,30-90,00)	KW=15,5 p=0,0001	1-2 1-3
2=Gelir gidere eşit	150	55,28±21,33	60,00(3,30-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	52,94±19,35	53,30 (13,30-86,70)		
Algılanan Sağlık					
1=Gelir giderden az	178	33,43±35,54	50,00 (0,00-100,00)	KW=3,1 p=0,208	-
2=Gelir gidere eşit	150	40,60±37,83	50,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	42,00±42,52	50,00 (0,00-100,00)		
Benlik Saygısı					
1=Gelir giderden az	178	54,21±26,07	60,00 (0,00-100,00)	KW=8,7 p=0,013	1-2 1-3
2=Gelir gidere eşit	150	62,62±26,39	70,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	58,80±24,72	60,00 (10,00-100,00)		

Tablo 4.21. incelendiğinde, fiziksel sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerlerinin geliri giderden az olan grupta anlamlı derecede düşük olarak görülmektedir ($p<0,05$). Mental sağlık puanı değerleri geliri giderine eşit olanlarda daha yüksek olarak görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.22. Hastaların gelir durumuna göre DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları					
Disfonksiyonel Sağlık	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri	İkili karşılaştırma
Anksiyete					
1=Gelir giderden az	178	50,04±20,60	50,00 (0,00-91,70)	KW=4,2 p=0,117	-
2=Gelir gidere eşit	150	45,24±24,44	41,70 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	46,33±22,45	50,00 (8,30-100,00)		
Depresyon					
1=Gelir giderden az	178	55,84±25,70	60,00 (0,00-100,00)	KW=12,3 p=0,002	2-1 2-3
2=Gelir gidere eşit	150	45,17±27,47	40,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	50,40±23,71	50,00 (10,00-100,00)		
Anksiyete-Depresyon					
1=Gelir giderden az	178	53,01±20,73	57,10 (7,10-100,00)	KW=10,9 p=0,004	-
2=Gelir gidere eşit	150	44,63±24,68	42,90 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	48,56±21,12	50,00 (14,30-85,70)		
Ağrı					
1=Gelir giderden az	178	47,47±37,68	50,00 (0,00-100,00)	KW=1,35 p=0,509	-
2=Gelir gidere eşit	150	42,62±36,01	50,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	44,00±41,63	50,00 (0,00-100,00)		
Yetersizlik					
1=Gelir giderden az	178	25,56±26,17	25,00 (0,00-100,00)	KW=1,37 p=0,503	-
2=Gelir gidere eşit	150	28,86±26,11	50,00 (0,00-100,00)		
3=Gelir giderden fazla	25	28,00±25,33	50,00 (0,00-50,00)		

Tablo 4.22'de ise depresyon puanı değerleri de geliri giderine eşit olanlarda anlamlı derecede düşük olarak görülmektedir ($p < 0,05$). Diğer puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.22'de depresyon puanı açısından gelir durumları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0,05$). Gelir-gidere eşit olan grupta depresyon puanı anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.23. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre EKA-GGK alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

EKA-GGK Alt Boyutları	n	Ortalama± ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
Nörotisizm				
Evet	236	4,41±1,22	5,00 (0,00-6,00)	z=-2,7
Hayır	117	3,99±1,36	4,00 (0,00-6,00)	p=0,007
Dışa-dönüklük				
Evet	236	1,93±2,16	1,00 (0,00-6,00)	z=-0,65
Hayır	117	1,85± 2,28	1,00 (0,00-6,00)	p=0,514
Psikotisizm				
Evet	236	1,71±1,31	2,00 (0,00-5,00)	z=-0,74
Hayır	117	1,60±1,31	2,00 (0,00-5,00)	p=0,458
Yalan				
Evet	236	3,43±1,45	3,00 (0,00-6,00)	z=-0,96
Hayır	117	3,59±1,54	4,00 (1,00-6,00)	p=0,336

Tablo 4.23 incelendiğinde nörotisizm değerlerinin mevcut hastalığına ek hastalığı olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer puan türleri açısından evet/hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.24. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

BİBSÖ Alt Boyutları	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test değeri
GörünüŖü Düzeltme				
Evet	236	23,28±4,73	23,00 (10,00-39,00)	z=-0,003
Hayır	117	23,52±4,35	23,00 (13,00-40,00)	p=0,998
Olumlu Mantıksal				
Kabullenme				
Evet	236	25,91±4,57	26,00 (11,00-44,00)	z=-1,2
Hayır	117	25,64±3,89	25,00 (16,00-35,00)	p=0,205
Kaçınma				
Evet	236	20,30±3,69	21,00 (12,00-32,00)	z=-0,321
Hayır	117	20,51±3,62	21,00 (12,00-32,00)	p=0,748

Tablo 4.24'te hastaların BİBSÖ alt boyutlarından aldıkları puanların mevcut hastalık durumuna göre dağılımı incelendiğinde ise puan türleri açısından hastalığı bulunan ve bulunmayan hastalar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görölmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.25. Hastaların mevcut hastalığına ek hastalık durumuna göre DUKE alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması (n=353)

DUKE Alt Boyutları	n	Ortalama±ss	Medyan (Min-Max)	Test Değeri
Fonksiyonel Sağlık				
Fiziksel Sağlık				
Evet	236	38,69±27,12	40,00 (0,00-100,00)	z=-3,5 p=0,0001
Hayır	117	51,03±30,29	50,00 (0,00-100,00)	
Mental Sağlık				
Evet	236	52,33±25,87	50,00 (0,00-100,00)	z=-2,3 p=0,017
Hayır	117	59,05±21,91	60,00 (10,00-100,00)	
Sosyal Sağlık				
Evet	236	53,14±26,50	50,00 (0,00-100,00)	z=-2,1 p=0,034
Hayır	117	59,14±22,01	60,00 (0,00-100,00)	
Genel Sağlık				
Evet	236	48,05±21,34	48,35 (3,30-93,30)	z=-3,4 p=0,0001
Hayır	117	56,41±17,71	56,70 (16,70-100,00)	
Algılanan Sağlık				
Evet	236	31,36±34,39	50,00 (0,00-100,00)	z=-3,9 p=0,0001
Hayır	117	48,71±39,82	50,00 (0,00-100,00)	
Benlik Saygısı				
Evet	236	55,13±27,27	60,00 (0,00-100,00)	z=-2,9 p=0,003
Hayır	117	64,14±23,37	65,00 (10,00-100,00)	
Disfonksiyonel Sağlık				
Anksiyete				
Evet	236	50,85±23,19	50,00 (0,00-100,00)	z=-3,8 p=0,0001
Hayır	117	41,45±19,61	41,70 (0,00-100,00)	
Depresyon				
Evet	236	53,98±26,53	60,00 (0,00-100,00)	z=-3,02 p=0,003
Hayır	117	44,74±26,26	40,00 (0,00-100,00)	
Anksiyete-Depresyon				
Evet	236	51,84±23,17	50,00 (0,00-100,00)	z=-3,1 p=0,002
Hayır	117	43,66±21,10	42,90 (0,00-85,70)	
Ağrı				
Evet	236	47,03±37,36	50,00 (0,00-100,00)	z=-1,3 p=0,181
Hayır	117	41,38±36,88	50,00 (0,00-100,00)	
Yetersizlik				
Evet	236	30,30±25,75	50,00 (0,00-100,00)	z=-3,2 p=0,001
Hayır	117	20,69±25,60	0,00 (0,00-100,00)	

Tablo 4.25 incelendiğinde, fiziksel sağlık puanı, mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı, algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerlerinin hayır diyenlerde anlamlı derecede yüksek görülürken($p<0,05$), anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve yetersizlik puanı değerleri evet diyenlerde anlamlı derecede yüksek görülmektedir($p<0,05$). Yine Tablo 4.25.'te ağrı puanı değerleri açısından evet/hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte evet diyenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Hastaların yaşları ile EKA-GGK puanlarının korelasyonu (n=353)

Korelasyon	Yaş	
Nörotisizm	r	-0,072
	p	0,175
Dışa-dönüklük	r	-0,120
	p	0,025
Psikotisizm	r	-0,039
	p	0,470
Yalan	r	0,050
	p	0,351

Tablo 4.26'da EKA-GGK'nın yaş ile korelasyonu incelendiğinde; dışadönüklük puanı ile negatif yönde anlamlı ilişki olup yaş arttıkça dışadönüklük puanları azalmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.27. Hastaların yaşları ile BİBSÖ puanlarının korelasyonu (n=353)

Korelasyon		Yaş
Görünüşü Düzeltme	r	-0,411
	p	0,001
Olumlu Mantıksal Kabullenme	r	0,102
	p	0,102
Kaçınma	r	0,147
	p	0,006

Tablo 4.27’de BİBSÖ’nün yaş ile korelasyonu incelendiğinde; görünüşü düzeltme alt boyutu-yaş arasında negatif yönde ve kaçınma alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Tablo 4.27’de yaş arttıkça kaçınma puanı anlamlı derecede artarken, görünüşü düzeltme puanı azalmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.28. Hastaların yaşları ile DUKE alt boyut puanlarının korelasyonu (n=353)

Korelasyon	Yaş	
Fonksiyonel Sağlık		
Fiziksel Sağlık	r	-0,482
	p	0,1
Mental Sağlık	r	-0,121
	p	0,023
Sosyal Sağlık	r	-0,186
	p	0,1
Genel Sağlık	r	-0,349
	p	0,1
Algılanan Sağlık	r	-0,089
	p	0,094
Benlik Saygısı	r	-0,042
	p	0,430
Disfonksiyonel Sağlık		
Anksiyete	r	0,182
	p	0,001
Depresyon	r	0,356
	p	0,000
Anksiyete-Depresyon	r	0,267
	p	0,1
Ağrı	r	0,190
	p	0,1
Yetersizlik	r	0,078
	p	0,142

Tablo 4.28'de yaş ile fiziksel, mental, sosyal ve genel sağlık puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olup yaş arttıkça fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık ve genel sağlık puanları azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). Anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon ve ağrı alt boyutları ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmakla birlikte yaş arttıkça anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve ağrı puanı değerleri de artmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.29. Hastaların DUKE Sağlık Profili ve EKA-GGK alt boyutları korelasyonu (n=353)

Korelasyon		Nörotisizm	Dışa- dönüklük	Psikotisizm	Yalan
Fonksiyonel Sağlık					
Fiziksel Sağlık	r	-0,005	0,191	-0,030	0,021
	p	0,929	0,1	0,578	0,691
Mental Sağlık	r	-0,166	0,265	0,023	0,000
	p	0,002	0,1	0,666	0,993
Sosyal Sağlık	r	-0,086	0,337	-0,048	-0,046
	p	0,108	0,1	0,373	0,392
Genel Sağlık	r	-0,104	0,333	-0,024	-0,009
	p	0,051	0,1	0,653	0,871
Algılanan Sağlık	r	-0,097	0,251	-0,084	-0,001
	p	0,069	0,1	0,115	0,978
Benlik Saygısı	r	-0,151	0,335	-0,055	-0,032
	p	0,005	0,1	0,301	0,547
Disfonksiyonel Sağlık					
Anksiyete	r	0,159	-0,240	0,032	-0,048
	p	0,003	0,1	0,546	0,374
Depresyon	r	0,063	-0,303	-0,042	0,017
	p	0,237	0,1	0,427	0,744
Anksiyete-Depresyon	r	0,119	-0,321	-0,006	-0,004
	p	0,025	0,1	0,912	0,947
Ağrı	r	0,057	-0,180	-0,0121	-0,002
	p	0,285	0,001	0,822	0,970
Yetersizlik	r	0,087	-0,022	-0,011	0,081
	p	0,103	0,688	0,839	0,131

Tablo 4.29. incelendiğinde mental sağlık ve benlik saygısı ile nörotisizm arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken anksiyete ve anksiyete-depresyon alt boyutları ile nörotisizm arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Ayrıca fonksiyonel sağlık alanında yer alan alt boyutlar ile dışadönüklük arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken yetersizlik alt boyutu dışında disfonksiyonel sağlık alt boyutları dışadönüklük arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmektedir.

Tablo 4.29. incelendiğinde, nörotisizm değerleri arttıkça anksiyete puanı ve anksiyete-depresyon puanı değerleri de artarken; mental sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerleri azalmaktadır ($p<0,05$). Dışa dönüklük puanları artarken, fiziksel sağlık puanı, mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı, algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerleri de artmaktadır ($p<0,05$). Diğer taraftan anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve ağrı puanı skorları azalmaktadır.

Tablo 4.30. Hastaların DUKE Sağlık Profili ve BİBSÖ alt boyutları korelasyonu (n=353)

Korelasyon		Görünüü Düzelme	Olumlu Mantıksal Kabullenme	Kaçınma
Fonksiyonel Sağlık				
Fiziksel Sağlık	r	0,313	0,177	-0,232
	p	0,1	0,001	0,1
Mental Sağlık	r	0,191	0,264	-0,326
	p	0,1	0,1	0,1
Sosyal Sağlık	r	0,389	0,287	-0,459
	p	0,1	0,1	0,1
Genel Sağlık	r	0,382	0,306	-0,427
	p	0,1	0,1	0,1
Algılanan Sağlık	r	0,109	0,175	-0,240
	p	0,040	0,001	0,1
Benlik Saygısı	r	0,269	0,299	-0,409
	p	0,1	0,1	0,1
Disfonksiyonel Sağlık				
Anksiyete	r	-0,230	-0,249	0,259
	p	0,1	0,1	0,1
Depresyon	r	-0,305	-0,214	0,300
	p	-0,1	0,1	0,1
Anksiyete-Depresyon	r	-0,280	-0,256	0,329
	p	0,1	0,1	0,1
Ağrı	r	-0,153	-0,136	0,176
	p	0,004	0,011	0,001
Yetersizlik	r	0,031	0,027	0,012
	p	0,558	0,610	0,823

Tablo 4.30'da DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutları ile görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme alt boyutları arasında pozitif yönde, yetersizlik alt boyutu dışında diğer DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutları negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. DUKE fonksiyonel sağlık alt boyutları ile kaçınma alt boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken yetersizlik alt boyutu dışında diğer DUKE disfonksiyonel sağlık alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.30'da görünüşü düzeltme puanları artarken, fiziksel sağlık puanı, mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı, algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerleri de artmaktadır ($p<0,05$). Diğer taraftan anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve ağrı puanı skorları azalmaktadır.

Yine bu tabloda olumlu mantıksal kabullenme puanları artarken, fiziksel sağlık puanı, mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı, algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerleri de artmaktadır ($p<0,05$). Diğer taraftan anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve ağrı puanı skorları azalmaktadır.

Kaçınma puanları ise artarken, fiziksel sağlık puanı, mental sağlık puanı, sosyal sağlık puanı, genel sağlık puanı, algılanan sağlık puanı ve benlik saygısı puanı değerleri de azalmaktadır ($p<0,05$). Diğer taraftan anksiyete puanı, depresyon puanı, anksiyete-depresyon puanı ve ağrı puanı skorları artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma kronik böbrek yetmezliği tanısı olan hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Literatür taramasında yeterli sayıda benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve EKA-GGK Puanlarının Karşılaştırılması

Yapılmış olan bu çalışma literatür içeriği açısından kısıtlıdır. Yapılan literatür taramasında hastalarda kişilik özellikleriyle ilgili yapılmış çalışma sayısı sınırlı iken, hemodiyaliz hastalarının kişilik özelliklerinin incelendiği bir başka çalışmaya rastlanmamıştır. Elde edilen bulgular birlikte incelendiğinde şu sonuçlara varılmıştır.

Bu çalışmanın örnekleminde EKA-GGK'nin puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanın nörotisizm alt boyutunda ve $4,27 \pm 1,28$ olduğu görülmektedir. Eysenck'in kuramına göre nörotisizm kişilik özelliklerini taşıyan kişiler kaygılı, depresif, toplum içinde çekingen davranışları olan ve düşük özgüvene sahip kişilerdir. Bu bağlamda çalışılmış olan hemodiyaliz hasta grubu ve tanıları düşünüldüğünde birbiriyle bağdaştığı görülebilmektedir. Çünkü hemodiyaliz hastaları, tedavinin gerektirdiği işlemler ve yaşam tarzından dolayı rol kayıpları, iş kayıpları yaşamakta , gelecekle ilgili kaygılar taşımaktadırlar. Dirik ve Şahin'in 2008'de miyokard enfarktüslü hastalarda yaptıkları çalışmalarda hastaların depresif ve kaygılı kişilik özellikleri gösterdiklerini saptamışlardır (Dirik ve Şahin 2008). Dirik'in romatizmal hastalığa sahip hastalarla yaptığı çalışmada da nörotisizm kişilik özellikleri gösterdikleri bulunmuştur (Dirik 2006). Buradan kronik hastalığa sahip bireylerin kişilik özelliklerinin incelenmesi gerektiği, aralarında bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmaktadır.

Çalışmamızda EKA-GGK ölçeği genel puan ortalamalarında en düşük psikotizm alt boyutunun olduğu görülmektedir ($1,67 \pm 1,31$). Taşdemir'in migrenli hastalarla yaptığı çalışmasında EKA-GGK için en düşük puan $1,86 \pm 1,25$ bu boyuttan alınmıştır Bu veriler bize hemodiyaliz tedavisi alan ve migreni olan hastaların psikotik kişilik özellikleri

taşıdığını göstermektedir. Bu çalışmanın verilerinde cinsiyete göre EKA-GGK için karşılaştırıldığında kadınların psikotizm puanları daha düşük ve anlamlı fark bulunmuştur (Taşdemir 2015). Bu çalışmada ise EKA-GGK cinsiyete göre incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Taşdemir'in (Taşdemir 2015) çalışmasında medeni durum, eğitim ve gelir durumuna göre anlamlı bir fark bulunamazken bu çalışmada medeni duruma göre puanlar incelendiğinde psikotizm alt boyut puanının bekarlarda ve eğitim durumuna göre incelendiğinde ise dışadönüklük alt boyutunun lise ve üniversite grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Gelir durumuna puanının geliri giderinden az olan grupta anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Soğuk, mesafeli, saldırganlık gibi psikotik kişilik özelliklerinin bekarlarda düşük olması hemodiyaliz hastalarının hastalıkları sebebiyle azalan sosyal ilişkileri ile ve artan psikolojik problemleri ile bağdaştırılabilir.

Bu çalışmada KBY tanısına ek başka bir hastalığın varlığına evet diyenler EKA-GGK'de nörotisizm alt boyutunda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum nörotik kişilik özellikleri ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir.

EKA-GGK'nin yaş ile olan korelasyonuna bakıldığında yaş arttıkça dışadönüklük puanının anlamlı derecede arttığı görülmektedir ($p<0,05$). Bu durum bazı hastaların yaşamlarının ileri yaşlarında hastalıklarını kabullendiğini, onunla birlikte yaşamayı öğrendikleri için dışadönük kişilik özelliği göstermeleri ile açıklanabilir.

5.2. Hastaların Sosyodemografik ve BİBSÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Yapılan literatür taramasında BİBSÖ'nün yer aldığı hastalarda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. BİBSÖ bulguları yardımcı kaynaklarla değerlendirilerek tartışılmıştır.

Hemodiyaliz hastalarıyla yaptığımız bu çalışmada BİBSÖ puanı cinsiyete göre incelendiğinde kaçınma alt boyutu puanının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yetişkin popülasyonla yapılan çalışmada BİBSÖ'nün hiçbir alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (Özteke Kozan ve Hamarta 2017).

Bu çalışmada medeni duruma göre BİBSÖ alt boyutlarından olumlu mantıksal kabullenme puanlarının evlilerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu durum evli olan kişilerin aile ve sosyal destekleri sayesinde hastalık ve tedavisini kabullenme sürecinin daha kolay olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre hastaların görünüşü düzeltme alt boyut puanının lise ve niversite grubunda anlamlı derecede yüksek, kaçınma alt boyutu puanının ise lise ve niversite grubunda anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Lise ve niversite mezunu olan kişiilerin farkındalık ve imkanlara ulaşılabilişliğinin daha mümkün olduğu düşünülürse beden imajları ve algıları konusunda daha bilinçli hareket ettikleri düşünülmektedir. Bu bilinç sayesinde var olan bir olumsuzluğu görmezden gelmek, kaçınmak yerine o olumsuzluğu düzelterek baş etme yöntemini seçmiş oldukları düşünülebilir.

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu görünüşü düzeltme puanının çalışanlarda, olumlu mantıksal kabullenme puanlarının çalışan ve emeklilerde anlamlı derecede yüksek olduğu yönündedir. alışan bireylerin bedenlerinin fiziksel görünümünü düzeltirken estetik ve kozmetik imkanlar ile desteklemesi daha olası olduğundan, görünüşü düzeltmenin onlar için daha çok kullanılan bir baş etme stratejisi olduğu düşünülmektedir.

Kaçınma alt boyutunda gelirin giderden az olduğu grubun puanlarının anlamlı derecede yüksek saptanmış olması sosyo-ekonomik düzeyin de baş etme stratejilerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan korelasyon analizinde yaş arttıa görünüşü düzeltme ve kaçınma alt boyutları puanlarının arttığı görülmektedir. Bu artışın yetişkinlerin bedenlerine yönelik farkındalığının yetişkinlik döneminde sonlanmadan lme kadar devam etmesi ile ilişkilendirilmektedir (Özteke Kozan ve Hamarta 2017).

5.3. Hastaların Sosyodemografik özelliklere göre Duke Sağlık Profili Puanlarının Karşılaştırılması

Alzheimer hastalığı olan ve olmayanlarda yapılan bir çalışmada Duke yaşam kalitesi leğine göre fonksiyonel sağlık alanında genel sağlık, mental, sosyal ve algılanan sağlık puan ortalamaları Alzheimer'ı olanlarda, Alzheimer olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, disfonksiyonel sağlık alanında ise yetersizlik alanı dışında diğer (anksiyete, depresyon, anksiyete- depresyon, ağrı) alanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Kuzu Kurban vd 2010). Kronik hastalıkların birinde yapılan bu çalışma sonuçları , kronik hastalıkların yaşam kalitesini etkilediği düşüncemizi desteklemektedir.

Novella ve arkadaşlarının 2001'de demanslı hastalarda yaptıkları çalışmada ek başka bir rahatsızlığın olduğu ve olmadığı durumlarına göre Duke sağlık profili puanları sırasıyla fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık, algılanan sağlık, benlik

saygısı için (en iyi puan 100) 53.1, 59.8, 53.8, 55.5, 63.7, 63.2 ve anksiyete, depresyon, ağrı, yetersizlik alt boyutları için (en iyi puan 0) 57.3, 58.2, 58.7, 41.9'dur (Novella 2001).

Bizim çalışmamızda, fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık, algılanan sağlık ve benlik saygısı alt boyutları için sırasıyla (en iyi puan 100) 42.76, 54.55, 55.11, 50.81, 37.07, 47.75 olup anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı, yetersizlik puanları ise (en iyi puan 0) 47.75, 50.94, 49.14, 45.17, 27.13 olarak saptanmıştır. Novella ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alt boyutlardan alınan puanlarda en belirgin fark algılanan sağlık, benlik saygısı ve yetersizlik alt boyutlarıdır. Bu belirgin farklılık iki çalışmanın örneklem sayısı farklılığı ve örneklemin yaş ortalamasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca kronik böbrek yetmezliğinin yaşam kalitesi ve beden imajı üzerindeki etkilerini de bu derin farklılıktan anlayabiliriz.

Bu çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre algılanan sağlık puanı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamlı olmamakla birlikte algılanan sağlık puanı erkeklerde kadınlardan biraz daha yüksek olarak saptanmıştır. Bulunan bu alt boyut puanı Duke Sağlık Profili puanlama anahtarına göre ortalamanın altında bir puan olarak değerlendirilmektedir. Bu puanın düşük olması hemodiyaliz tedavisi almaları ve hayatlarındaki kısıtlamaların varlığı ve yaşam kalitelerindeki düşüş ile ilişkilendirilebilir. Yapılan bir çalışmada Hanh ve ark. yaptığı bir çalışmada erkek adölesanlarda da algılanan sağlık puanı daha yüksek bulunmuştur (Hanh vd 2005). Ayrıca Hanh ve arkadaşlarının çalışmasında yetersizlik alt boyut puanı dışında diğer tüm puanlara bakıldığında yaşam kalitesinin erkeklerde kadınlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (Hanh vd 2005). Fransız adölesan ve yetişkinlerde yapılan bir çalışmada uyguladıkları çalışmada sosyal sağlık ve yetersizlik puanı dışında tüm puan türlerinde erkeklerin daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir (Baumann vd 2011). Bu çalışmada yer alan adölesanların yaşamlarını engelleyecek bir hastalıklarının olmaması algılanan sağlık puanlarının daha yüksek olmasını açıklayabilmektedir. Parkerson ve Gutman'ın son dönem böbrek yetmezlikli ve birinci basamak sağlık merkezine gelen hastalarda yaptıkları çalışmada ise algılanan sağlık puanının her iki grupta da sağlık poliçesi olan kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (Parkerson ve Gutman 1997).

Çalışmamızda ise fiziksel, mental, sosyal sağlık, benlik saygısı puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği, erkeklerde anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p < 0,05$) kadınlarda ise disfonksiyonel sağlık puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Parkerson ve Gutman'ın yaptığı aynı çalışmada ise cinsiyet ile anksiyete-depresyon ve yetersizlik alt boyutlarının ilişkili olmadıklarını saptamıştır (Parkerson ve Gutman 1997). Bu bulgu kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete, depresyon, ağrı ve yetersizlik hissettiğini göstermektedir.

Bu çalışmamızda hastaların medeni durumu ile ağrı ve yetersizlik alt boyut puanlarında arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Parkerson ve Gutman 1997'de yaptıkları aynı çalışmada ağrı ve yetersizlik alt boyutlarının medeni durumla ilişkili olmadığını saptamıştır (Parkerson ve Gutman 1997). Yine bu çalışmada beklenmeyen bir şekilde birinci basamak sağlık merkezine gelen hastalarda anksiyete-depresyon puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Parkerson ve Gutman 1997). Bu çalışmada ise anksiyete-depresyon alt boyut puanı bekarlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada fonksiyonel sağlık alt boyut puanlarının evlilerde anlamlı derecede yüksek değerlendirilmesi nedeniyle bekarlarda anksiyete-depresyon puanının yüksekliği, hastaların yalnızlık hissettiği, sosyal destek azlığı, sorunlarla yalnız baş etmenin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmalarda Duke Sağlık Profili alt boyutlarının eğitim durumu ile olan ilişkisi incelendiğinde Saliba ve arkadaşları eğitim düzeyi yüksek olan hastaların mental, fiziksel ve genel sağlık alt boyutlarından daha iyi puan aldıklarını saptamışlardır (Saliba vd 2001). Parkerson ve Gutman ise eğitim durumunun algılanan sağlık, ağrı ve yetersizlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki değerlendirmemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise bulgular Saliba ve arkadaşlarının çalışmasını destekler nitelikte, eğitim durumunun arttıkça fonksiyonel sağlık alan puanlarının arttığı yönündedir.

Çalışmamızın eğitim durumu ile ilgili bir başka bulgusu ise; Parkerson ve Gutman'ın (1997) çalışmasını destekler nitelikte olup algılanan sağlık puanı ve yetersizlik alt boyutunun eğitim durumu ile arasında anlamlı bir farklılık bulundurmamasıdır ($p>0,05$). Benlik saygısı alt boyut puanlarının değerlendirmesine literatürdeki çalışmalarda rastlanmadığı için değerlendirme yapılamamaktadır.

1997'de Parkerson ve Gutman'ın çalışmasında hastaların iş durumunda algılanan sağlık, ağrı ve yetersizlikle ilgili anlamlı bir ilişki bulunmuyorken bizim çalışmamızda çalışanlarda fiziksel sağlık puanı yüksek, çalışmayanlarda ise mental, sosyal ve genel sağlık puanları anlamlı derecede düşük görülmektedir.

Çalışmamızda beklendiği şekilde KBY tanısına ek başka bir rahatsızlığı bulunan hastaların ağrı puanı dışında disfonksiyonel sağlık puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ağrı puanı anlamlı bir farklılık taşımamasına rağmen ek başka bir rahatsızlığı bulunanlarda yüksek bulunmuştur. Hastaların KBY tanısına eşlik eden hastalıklar hipertansiyon (%35,6), diyabet (%33,7), kalp-damar hastalıkları (%5,9), onkoloji-hematoloji hastalıkları(%6,5) ve diğer başlığı altında toplanan nörolojik, solunumsal, gastrointestinal ve bazı sendromik hastalıklar (%18,3) şeklindedir. Parkerson ve Gutman'ın verileri ise hipertansiyon (% 51), diyabet (% 34.4), obezite (% 12.0), iskemik kalp hastalığı (% 12.0), anksiyete veya depresyon (% 12.0) ve arteriosklerotik kalp hastalığı (% 7.2) şeklindedir (Parkerson ve Gutman 1997).

Hann ve arkadaşlarının çalışmasında (2005), Fiziksel sağlık, algılanan sağlık ve yetersizlik dışındaki alt boyutlarda anlamlı bir ilişkisi bulunmuş ve o boyut puanlarının yaş arttıkça daha düşük olduğu saptanmıştır (Hanh vd 2005).

6. SONUÇLAR

6.1. Sonuçlar

Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların beden imajı ve kişilik özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

Çalışmaya katılan hastaların % 28'i 61-70 yaş aralığında olup % 17.8'i 70 yaş üstündedir. Örneklemin %58.1' i erkek ve % 77.3' ü evlidir. Hastaların % 68.3'ü ilköğretim mezunu, % 4'ü ise üniversite mezunudur ve % 44.2'si şu anda aktif olarak bir işte çalışmamaktadır. Örneklemin %50.4'ü gelir durumunu giderlerinden az olarak tanımlamıştır. Hastaların %66.9'luk kesim ise KBY tanısına ek bir hastalığının olduğunu belirtmiştir.

BİBSÖ'nün cinsiyet değişkenine göre kaçınma alt boyutu kadınlarda anlamlı derecede yüksektir. EKA-GGK ve BİBSÖ'nün diğer alt boyutlarında bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Cinsiyete göre Duke Sağlık Profili alt boyutlarında algılanan sağlık puanı dışında fonksiyonel sağlık puanları erkeklerde, disfonksiyonel sağlık puanları kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre; bekarlarda psikotizm, anksiyete, depresyon,anksiyete-depresyon puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Evlilerde olumlu mantıksal kabullenme ve algılanan sağlık puanı dışında fonksiyonel sağlık alt boyutları yüksek bulunmuştur. Ağrı ve yetersizlikle ilgili anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre lise ve üniversite grubunda dışadönüklük, görünüşü düzeltme anlamlı derecede yüksek; kaçınma puanları anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Eğitim durumu ile Duke Sağlık Profili'nin ağrı ve yetersizlik puanları arasında farklılık olmadığı, benlik saygısı puanının lise ve üniversite grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların iş durumu ile EKA-GGK ve BİBSÖ'de dışadönüklük, görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme alt boyutunda anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır ($p<0.05$). Çalıştığını ifade eden hastaların ağrı ve yetersizlik alt boyutları

dışında Duke Sağlık Profili disfonksiyonel sağlık puanlarında anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Gelir durumu ile EKA-GGK'de dışadönüklük dışında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Geliri giderinden az olan grupta Duke Sağlık Profili fonksiyonel sağlık puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Mevcut ek hastalık sorusuna evet diyenlerde nörotisizm alt boyutunda anlamlı yükseklik görülmüştür ($p<0,05$). Duke Sağlık Profili mevcut ek hastalık değişkenine göre incelendiğinde hayır cevabını verenlerin fonksiyonel sağlık puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmada yaş değişkeni ve ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında; yaş arttıkça kaçınma puanının pozitif yönde anlamlı derecede arttığı, dışadönüklük, görünüşü düzeltme, fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık ve genel sağlık puanlarının negatif yönde anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Yine bu korelasyonda yaş arttıkça anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon ve ağrı puanlarının da arttığı bulunmuştur ($p<0,05$).

EKA-GGK ve BİBSÖ'nün Duke Sağlık Profili ile olan korelasyonunda ise;

- Nörotisizm puanları arttıkça anksiyete, anksiyete-depresyon puanı pozitif yönde anlamlı derecede artarken mental sağlık ve benlik saygısı puanı negatif yönde anlamlı derecede azalmıştır.
- Dışadönüklük puanları artarken Duke fonksiyonel sağlık puanları da pozitif yönde anlamlı derecede artarken, yetersizlik alt boyutu dışında disfonksiyonel sağlık puanları negatif yönde anlamlı derecede azalmıştır.
- Görünüşü düzeltme puanı artarken fonksiyonel sağlık puanı pozitif yönde anlamlı derecede artmış, yetersizlik alt boyutu dışında disfonksiyonel sağlık puanı negatif yönde anlamlı derecede azalmıştır.
- Olumlu mantıksal kabullenme puanı artarken, fonksiyonel sağlık puanı pozitif yönde anlamlı derecede artmış, yetersizlik alt boyutu dışında disfonksiyonel sağlık puanı negatif yönde anlamlı derecede azalmıştır.
- Kaçınma puanı artarken fonksiyonel sağlık puanı negatif yönde anlamlı derecede azalmış, yetersizlik alt boyutu dışında disfonksiyonel sağlık puanı pozitif yönde anlamlı derecede artmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonucunda elde edilen sonuçlara göre;

Hastaların yaşları 51-70 aralığında yoğunlaştığından bundan sonraki süreçte daha genç yaşta hasta örnekleme alınarak çalışma yapılmalıdır.

Hastaların anksiyete ve depresyon puanı yüksek olduğundan, hemşireler; hastaların kendilerini daha rahat ve güvende hissedebilecekleri ortamda, alınan tedavinin etkinliğini ve tedaviye uyumu artırmak adına her hastanın bakım sürecinde anksiyete bulgusunu ele almalıdır.

Bulgular hastaların gelir durumlarıyla ilgili beden imajında onu rahatsız eden şeyler ile kaçınma baş etme yöntemini kullandığını gösterdiği için, hasta ile baş etme yöntemleri hakkında eğitimler planlanabilir.

Hastaların hemodiyaliz seansları sebebiyle günlük yaşantılarında neyi ertelemek zorunda kaldıkları, en çok hissedilen kaybın ne olduğu konusunda farklı değişkenler elde etmek için kişisel bilgi formu geliştirilip araştırma tekrarlanabilir, hastaların verdiği cevaplar sayesinde hastaların ihtiyaçları giderilerek etkin hemşirelik bakımı almaları sağlanabilir.

Literatürde hemodiyaliz hastalarının beden imajlarındaki olumsuz algı ile nasıl baş ettikleri hakkında yeterli çalışma bulunmadığı için, bu konuda farklı örneklerle çalışılarak kanıt sağlanabilir

7. KAYNAKLAR

Abram HS. Survival by machine: psychological aspects of chronic dialysis. *Psychiatr Med* 1970; (1): 37-50.

Akdemir N, Birol L. " İdrar yollar-böbrek hastalıkları tedavisi ve hemşirelik bakımı" İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 9799757078196, **Nobel Kitabevi**, Ankara, 2011, s.578-599.

Akın S, Taşköprü İ, Özdiilli K, Yeşiltepe G, Öztürk B, Durna Z. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi, *HEAD*, 2010;7(3):16-25.

Akpolat T, Dilek M, Adıbelli Z. "Renal transplantasyon ve hasta seçimi" Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1, 978-9944-5720-2-6, Eds. Akpolat T, Utaş C, **Ceylan Ofset**, Samsun, 2008, s.81-95.

Alwan A, [Maclean D.R](#), [Riley L.M](#), [d'Espaignet E.T](#), [Mathers C.D](#), [Stevens G.A](#), [Bettcher D](#). Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010;376:1861-1868.

Alemdar G. Düzenli hemodiyaliz tedavisindeki gençlerde benlik kavramı. Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü**, İstanbul 1990, s. 66.

Arat Z. Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, **Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2006, s.8-9.

Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J* 2014, 14(3): 74 -84.

Ateş F. Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz ve böbrek naklinin cinsel ve üreme işlevleri üzerindeki etkileri, *Gulhane Med J*, 2010; 52: 229-236

Auer J. Living well kidney failure: a guide to living your life to the full. 978-1859591123 **Class publishing**, London, 2004, s.168

Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci İ, Göka E, Tüzer O. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 2002;(10):2.

Balaban Ö. D, Aydın E, Keyvan A, Yazar M. S, Tuna Ö, Devrimci Özgüven H. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikiyatrik komorbidite, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi: bir vaka kontrol çalışması. *Arch Neuropsychiatry*, 2017; 54: 137-142.

Baumann C, Erpelding M.L, Perret-Guillaume C, Gautier A, Régat S, Collin J.F, Guillemin F, Brianço S. Health-related quality of life in french adolescents and adults: norms for the duke health profile. *BMC Public Health*, 2011;11:401.

Boz C, Sayar K, Velioğlu S, Hocaoglu Ç. Kronik gerilim tipi baş ağrılı hastalarda mizaç ve karakter profil. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004;15(2):105-111.

WEB_5. Centers for Disease Control and Prevention, Chronic Kidney Disease Surveillance System-United States website. <https://nccd.cdc.gov/> (alındığı tarih: 07.01.2019)

- Cash, T. F. Body image: Past, present, and future. **Body Image**, 2004;1, 1-5.
- Cash T. F., Morrow J. A., Hrabosky J. I. ve Perry A. A. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. **J Consult Clin Psychol**, 2004;72(6), 1081-1089.
- Cash T. F., Santos M. T. ve Williams E. F. Coping with body-image threats and challenges: Validation of the body image coping strategies inventory. **J Psychosom Res.** 2005;58, 191-199.
- Cimilli C. Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 1994;(3): 88-92.
- Crerand C, Magee L. "Amputations and Prosthetic Devices", Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 978-0-12-384925-0 Eds. Cash T, Levy N, Miklaszewska-Gorczyca K. **Academic Press**, London UK, 2012,s.1-7.
- Cüceloğlu D. "Kişilik ve Kişilik Kuramları" İnsan ve Davranışı, 978-975-14-0250-9, **Remzi Kitabevi**, İstanbul, 1990, s.591.
- Çınaroğlu S. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde standart kumar teorisine göre çerçeveleme etkisinin rolü. **TAF Prev Med Bull**, 2015;14(4):346-352.
- Dane E. Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi Doktora tezi, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s. 68.
- Demir M, Canpolat Ö, Demir F, Çiçek S, Doğukan A. The effect of hemodialysis treatment on quality of life and sleep in patients with chronic kidney disease. **Turk J Nephrol** 2019; 28(2):127-31.
- Dirik G, Şahin G. Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. **U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi**; 2008;9(15):249-266.
- Doğan T. Sapmaz F. Totan T. Beden imgesi baş etme stratejileri ölçeğinin türkçe uyarlaması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**;2011:12: 121-129
- Kaçar G. "Kronik böbrek yetmezliği ve bakım. **Kronik Hastalıklar ve Bakım**, 978-975-420-909-9, Eds.Durna Z, Akın S. **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2012; s.573.
- El-shahed A, Sharf S, Elsebae H. "Factors Affecting Quality of Life of ESRD Patients Undergoing HD" , Factors Affecting Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis, 978-3-659-60692-2, **Lambert Academic Publishing**, Germany, 2014, s.33-37.
- Eti Aslan F. Hemodiyaliz hastaları ile böbrek transplantasyonu olan hastaların beden imajı doyum düzeylerinin karşılaştırılması. **Çınar Dergisi**. 1996;2(1):4-6.
- Fırat, R. Yaşam kalitesi mi yaşam standardı mı? **Köprü Dergisi**, <http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679> (28.05.2018).
- Galpin C: Body image in end-stage renal failure. **Br J Nurs** 1 1992;(1): 3-21.

Güleç Yazıcı M. Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2009;(1):201-214.

Hanh V.T.X, Guillemin F, Cong D.D, Parkerson Jr G.R, Thu P.B, Quynh P.T, Briançon S. Health related quality of life of adolescents in vietnam: cross-cultural adaptation and validation of the adolescent duke health profile. **Journal of Adolescence**, 2005;28:127-146.

(WEB_4). Kan, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Resmi Sayfası https://organ.saglik.gov.tr/OTR/70Istatistik/TURKDIVES_010101.aspx, (alındığı tarih:07.05.2019) .

Kara B, İşcan B. Hemşirelerin hemodiyaliz hastalarında algıladıkları stresörler. **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**. Kasım 2005-Şubat 2006:57-64.

Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: yaşam kalitesi. **TAF Prev Med Bull**. 2012; 11(5): 631-638

Karabulutlu Yılmaz E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**. 2011;14(4):25-30.

Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (eka-ggk) türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. **Türk Psikiyatri Dergisi**. 2007;18 (3):254-261.

Kıran F. Hemodiyalizin hastaların hayat kalitesine etkilerinin ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Tekirdağ, 2016, s.130.

Kuzu, N., Zencir, M., Beşer, N., Şahiner, T. ve Parkerson George R Jr. Reliability and validity of the duke health profile. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2004;11: 35-44.

Kuzu Kurban N, Zencir M, Kartal A, Şahiner T. Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**.2010;(1):34-43.

Lima F.E, Morais V.S, Coelho E.L, Neves F.M, Melo, E.M, Barbosa I.V. Implementation of nursing process to patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment, **J Nurs UFPE on line**. 2012;6(9):2167-76

Mahon A, Jenkins K, Burnapp L. Oxford Handbook of Renal Nursing, 9780199600533, **Ashford Colour Press**, Hampshire, 2013,s.640.

Malhan S, Öksüz E. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. 975-8571-06-0 **Başkent Üniversitesi**, Ankara, 2005.s.29-35.

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. a report from an italian study using the sf-36 health survey. **Nephrol Dial Transplant**. 1999;14:1503–1510.

Muringai T, Noble H, MCGowan A, Chamney M. Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse. **Br J Nurs** 2008;17(6):362-367.

Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**. 2002;24 (2):62-64.

WEB_3. National Kidney Foundation resmi internet sitesi <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>, (alındığı tarih: 07.01.2019).

Novella J.L, Ankri J, Morrone I, Guillemin F, Jolly D, Jochum C, Ploton L, Blanchard F. Evaluation of the quality of life in dementia with a generic quality of life questionnaire: the duke health profile. **Dement Geriatr Cogn Disord**. 2001;12:158–166.

Olgun N, Eti Aslan F, Yıldız H. Hemodiyaliz uygulanan hastaların beden imajı doyumu düzeylerinin belirlenmesi. **Çınar Dergisi**. 1996;2(2):42-4.

Özaltın, G. beden imgesi değişimine yaklaşımlar. **Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi**,2003;13(51):(4-14).

Özdemir A.A. Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının tedavilerinin toplumsal cinsiyet yaklaşımı ile değerlendirilmesi. Doktora Tezi, **Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2016, s. 22.

Özer F.G, Beydağ D.T, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**. 2009;4(10):123-36.

Özteke Kozan H.İ, Hamarta E. Beliren yetişkinlikte beden imgesi: bağlanma ve sosyal görünüş kaygısının rolü. **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**. 2017;7(48):63-81.

Özsoy E, Yıldız G. Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: bir literatür taraması. **İşletme Bilimi Dergisi**, 2013;1(2):1-12.

Parkerson Jr G.R, Gutman R, A. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. **J. Psychiatry In Medicine**. 1997;27 (1):33-45

Parkerson, GR Jr. User's guide for duke health measures. duke health profile (DUKE), duke severity of illness checklist (DUSOI), duke case-mix system (DUMIX), duke social support and stress scale (DUSOCS). **Department of Community and Family Medicine**, Duke University Medical Center, Durham, 2002, S.202

Partridge K.A, Robertson N. Body image disturbance in adult dialysis patients, **Disability and Rehabilitation**. 2011;33 (6):504-510.

Pehlivan F, Yüksel Ş, Ahsen A., Coşkun K., Güzel H, Mayda H. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. **ODÜ Tıp Dergisi** 2016; 3(1).

Ran K. J, Hyde C. Nephrology nursing practice: more than technical expertise, **EDTNA-ERCA Journal**, 2012; 25(4), 5-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-6686.1999.tb00052.x/abstract> (alındığı tarih: 23.03.2019).

Saliba Z, Butera G, Bonnet D, Bonhoeffer P, Villain E, Kachaner J, Iserin L. Quality of life and perceived health status in surviving adults with univentricular heart. **Heart**. 2001;86:69-73.

Smolak, L. "Body İmge Development in Children", Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds. CasH T.F, Pruzinsky T. **Guilford Press**, New York, 2002, s.65-73.

Süleymanlar G. "Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği" , Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, 978-075-277-205-2, (Eds.) Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul H. Z, Türk S, Yıldız A, **Güneş Tıp Kitabevleri**, Ankara, 2009, s.3.

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. **T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği**, 978-605-62465-0-0, Ankara, 2018; s.2-4.

Tan M, Karabulutlu E., Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 2004;7(3):67-73.

Tarhan M. Z, "Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar" , Pratik Hemodiyaliz, 9789754207064, **Nobel Tıp Kitabevleri**, Ankara, 2009, s. 77-86.

Taşdemir S.N. Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapı ve Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s.114.

Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**. 2015(1): 53-59.

Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. **Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi**. 2017:1(12);36-42.

Tuğla Ö, Çınar S. Kronik periton diyalizi hastalarında diyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**. Kasım 2005-Şubat 2006:15-22.

WEB_2. Türk Dil Kurumu Resmi İnternet Sitesi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b3b163f27e0a3.55287867, (alındığı tarih 28.02.2019)

Türk Nefroloji Derneği resmi internet sitesi.http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/ulkemizde_hemodiyaliz_tarihcesi.pdf (alındığı tarih: 03.12.2018) .

WEB_1. Türkiye İstatistik Kurumu resmi internet sitesi. <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do>, (alındığı tarih: 06.05.2019)

Varol E, Karaca Sivrikaya S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. **DÜ Sağlık Bil Enst Derg** 2018; 8(2): 89-96.

World Health Organization (WHO). Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument, WHOQOL. Geneva. **WHO**, 1999, s.35

Yalçın A. U. Akpolat T. " Kronik Böbrek Yetmezliği" , Nefroloji el kitabı, 9789754205527, (Eds.) Akpolat T Cengiz U, Süleymanlar G, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2007, s. 283.

Yalçın A.U. “Yaşam Kalitesi, Psikososyal Sorunlar, Rehabilitasyon” , Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, 978-075-277-205-2, (Eds.) Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul H. Z, Türk S, Yıldız A, **Güneş Tıp Kitabevleri**, Ankara, 2009, s.331-336.

Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. **Türk Tıp Dergisi** 2012;6(1):33-37.

Walker D.C, Murray, A. D. “Body image behaviors: Checking, fixing and avoiding”. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 978-0-12-384925-0, Ed. Cash T. **Elsevier, London, 2012**, s.166-172.

Whitbourne S. K, Skultety K. M. “Body image development: Adulthood and aging”. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. 9781462509584, Eds. Cash Pruzinsky T. **Guilford**, New York, 2002, s. 83-90.

8. ÖZGEÇMİŞ

Merve KAVLA, 1995 yılında Burdur' da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Antalya' da tamamladı. 2017 yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde lisans eğitimini tamamladı. Lisans mezuniyetinin ardından 1 yıl boyunca özel hastanelerde hemşire olarak çalıştı. Eylül 2017 tarihinde başladığı Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları programında yüksek lisans eğitimini sürdürmektedir. Eylül 2018 tarihinden beri Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

9. EKLER

Ek- 1. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/07/2018-E.47029



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/47029
Konu :Başvurunuz hk.

11/07/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN

İlgi :03.07.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi**" konulu çalışmanız 10.07.2018 tarih ve 14 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

**Ek- 2. Tez İsim Değişikliği İle İlgili Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Tıbbi Etik Kurul Onayı**

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/09/2018-E.65035



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/65035
Konu :Başvurunuz hk.

27/09/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN

İlgi :19.09.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi**" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz 25.09.2018 tarih ve 18 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın Adının "**Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek- 3. Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ Tez Onayı Y¼netim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/09/2018-E.60424

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ M¼D¼RL¼ę¼
ENSTİTÜ Y¼NETİM KURULU

TOPLANTI TARİHİ : 06.09.2018
TOPLANTI SAATİ : 14.00
TOPLANTI SAYISI : 2018 / 22

19-Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları yüksek lisans programı öğrencisi Merve KAVLA' nın **“Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”** konulu tez önerisi görüşülmüştür;

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları yüksek lisans programı öğrencisi Merve KAVLA' nın **“Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”** konulu yüksek lisans tez önerisinin kabul edilmesine ve danışmanlığına Dr. Öğr. Ü. Sümeyye ARSLAN' ın atanmasının uygun olduğuna katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR
Yakup MOLLAOğLU
Enstit¼ Sekreteri V.

Ek- 4. Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Nefroloji Bilim Dalı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/09/2018-E.59974



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Nefroloji



Sayı :97474442-010.99/
Konu :Merve Kavlak hkk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :10/08/2018-E.53859 sayılı yazısına istinaden,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Merve Kavla'nın "Hemodiyaliz hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi" konulu tezi için araştırma yapma talebi uygundur.Gereği bilgilerinize arz edilir.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Belda DURSUN
Bilim Dalı Başkanı

Ayrıntılı bilgi için İrtibat : Mürşide Feyza SARIKUŞ

Tel: 0 (258) 0
E-Posta:

Faks: 0 (258) 0
Elektronik Adı:http://pau.edu.tr/tip

Ek- 5. Pamukkale Diyaliz Merkezi İzin Yazısı



PAMUKKALE DİYALİZ MERKEZİ
ER-PA ÖZEL DENİZLİ SAĞLIK HASTANESİ A.Ş.
Saitak Cad. 1596 Sok. No:6 Denizli/Türkiye
Tlf:0(258)261 56 20 Faks:0(258)263 87 37

14.08.2018

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
DENİZLİ

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Kavla'nın "Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi" konulu tez çalışmasını merkezimizde yapmasını izin veriyoruz.

Bilgilerinize arz ederiz.

Dr. E. Erinc TEPEÇİ
Diyadin Profesörü, Sağlık Bakanlığı
Denizli, 07010
Diy. No: 4107 / ÖZ. No: 120342
Şifre No: 1434

Ek- 6. Denizli Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

15/05 2019 14:57 FAX 2582118611

DENİZLİDİYALİZ

0001/0001

T.C
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

DENİZLİ

14.08.2018

SAYI :2018/045
KONU :Tez Çalışması İzni-Merve KAVLA

İlgi ;10.07.2018 tarih ve 93282220-302.08.01 sayılı yazınıza istinaden;

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Merve KAVLA'nın "Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmaji ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi" konulu tez çalışmasını merkezimizde yapmasına izin veriyoruz.

Bilgilerinize arz ederiz.

DENİZLİ DİYALİZ MERKEZİ
Müdürü
Dr. Gülşah KAVRAN
Diy. No: 1010 Sayılı No: 1816
Diy. İnceleme No: 0110A

Ek- 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

“Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı ve Kişilik Özellikleri ile Yaşam Kalitesinin İlişkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edildiğiniz bu çalışma araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı önemsiyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden sözlü olarak onayladığınızı ifade etmeniz istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu araştırma Kronik Böbrek Yetmezliği(KBY) tanılı hastaların beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Hemodiyaliz tedavisinin hastaya olan etkileri düşünüldüğünde hemodiyaliz ünitelerinde ve diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalara etkin bir hemşirelik bakımı sağlanması gerekmektedir. Bu etkin bakım için de karşılaştığımız hasta profili ve hastalığın ne olduğunu iyi bilmemiz önemli olacaktır. Hastaların kişilik özellikleri ile birlikte var olan beden imajı algısının yaşam kalitesini ve dolayısıyla tedaviye gösterilen yanıtı etkileyeceği düşünülmektedir. Bu tür çalışmalar sayesinde hemodiyaliz tedavisi gören hasta grubunun tanınması ve daha etkin hemşirelik bakımı alabilmelerini sağlanacaktır.

Hemodiyaliz hastalarındaki yaşam kalitesinin başka faktörler ile ilişkisinin incelendiği araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların daha çok depresyon ve yalnızlıkla ilgili konuları kapsadığı görülmüştür. Bu çalışma, farklı olarak hastaların yaşam kalitesinin kişilik özellikleri ve beden imajı ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılacaktır.

Araştırmaya etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanacak olup çalışmanın yaklaşık olarak Ağustos 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında tamamlanması

planlanmaktadır. Hastalarla yapılan yüz yüze görüşme ve anket doldurma işlemleri bittikten sonra veri toplama aşaması tamamlanarak diğer aşamalara geçilecektir.

Araştırmanın örnekleme; Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Denizli Devlet Hastanesi ve Denizli il merkezinde yer alan özel diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi almak için düzenli seanslara katılan 310 hasta üzerinde yapılacaktır. Araştırmada evren üzerinden çalışılacak olup örnekleme yöntemine gidilmeyecektir.

- **Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu kararınızı sözel olarak ifade etmeniz gerekecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra da çalışmanın herhangi bir aşamasında iken herhangi bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmada sizlere verilen "Kişisel Bilgi Formu", "Duke Sağlık Profili", "Eysenck Kişilik Envanteri" ve "Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği" eksiksiz doldurmanız beklenmektedir. Araştırma yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılacak olup, öngörülen süre 30 dakikadır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Bu araştırma Kronik Böbrek Yetmezliği(KBY) tanılı hastaların beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sadece bilimsel amaçlıdır. Bu çalışmaya katıldığınız hemodiyaliz hastalarında beden imajı ve kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkisinin belirlenmesine bir katkıda bulunmuş olacaksınız.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Merve KAVLA

GÖREVİ : Yüksek Lisans Öğrencisi

TELEFON : 0545 731 06 07

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.**
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).***
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.**
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.**

f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek-8. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu kullanım izni

Re: Ölçek İzni Hakkında



karanci@metu.edu.tr <karanci@metu.edu.tr>

8.06.2018 09:52

Kime: MERVE KAVLA

[Tüm ekleri kaydet](#)



EPQR.doc
28,5 KB



epqrkodlama.doc
37,5 KB



eysenckKisilik.pdf
216,39 KB

Merhabalar,

Olceg, calismanizda kullanabilirsiniz. Ekte olcegi ve puanlamasini gönderiyorum. Dikkat etmeniz gereken konu yalan ölçeği bir güvenilirlik ölçeğidir (olcegin ne derece durustce cevaplandiginin bir göstergesi) ve ayrı olarak yorumlanamaz. Kontrol değişkeni olarak kullanılabilir, veya dagiliminizda yüksek puan alanlari elemek için kullanabilirsiniz. İyi calismalar,
Nuray Karanci

Ek-9. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kullanım izni

Ynt: Ölçek Anahtarı



Tayfun Doğan <tayfun@tayfundogan.net>
22.11.2018 10:19

Kime: MERVE KAVLA

Merhaba Merve,

Ölçek üç boyuttan oluşuyor gönderdiğim formda boyut isimlerini gizleyerek uygulayabilirsiniz.

Ters madde yoktur.

Her bir boyuttan alınacak yüksek puanlar o boyutun beden imajı ile ilgili olarak hangi baş etme stratejisinin ne derece kullanıldığını göstermektedir.

Yani alt boyutlardan alınan yüksek puanlar o boyutun bir baş etme stratejisi olarak kullanıldığını gösterir.

Ölçeğin puanlanmasında kesme noktaları yoktur.

Ayrıca ölçekten toplam puan alınmaz.

Tayfun Doğan

Ek-10. Duke Sağlık Profili kullanım izni

FW: Duke Health Profile



George Parkerson Jr., M.D. <george.parkerson@duke.edu>
27.06.2018 20:56

Kime: merve.kavla@hotmail.com Bilgi: grp@bcm.edu

[Tüm ekleri kaydet](#)



User guide 2002_reduced size.pdf
8,42 MB

Thank you for your interest in the Duke Health Profile. You have our permission to use it in your research, free of charge. We would be interested in receiving the results of your study. More information on the Duke health measures is available on our website <<https://cfm.duke.edu/research/duke-health-measures>>. Also, I am attaching a copy of the User's Guide and the Turkish translation that was used in the Medical Care journal article that was co-authored with Dr. Kuzu Nevin at your university. (Kuzu N, Zencir M, Beser N, Sahiner T, Parkerson GR Jr. Reliability and Validity of the Duke Health Profile [Turkish version]. Journal of Hacettepe University School of Nursing 2004 July-Dec;11(2):35-44.)

Best wishes, George Parkerson MD MPH

Ek-11. Kişisel Bilgi Formu

1. Ad Soyad:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

4. Medeni Durumunuz: Bekar Evli

5. Eğitim Durumunuz: Okur-yazar değil İlköğretim Lise Üniversite Yükseköğrenim

6. İş durumunuz: Çalışıyor Çalışmıyor Emekli Hastalığı sebebiyle ayrılmış

7. Gelir durumunuz: Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

8. Bir hemodiyaliz seansında geçirdiğiniz süre:

9. SDBY tanısına ek mevcut başka bir rahatsızlığınız var mı? Evet (.....) Hayır

Ek-12. Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısa Formu (EKA- GGK)

GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ-KISA FORMU

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu 'Evet' yada 'Hayır'ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi? | Evet | Hayır |
| 2. Konuşkan bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi? | Evet | Hayır |
| 4. Oldukça canlı bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 6. Garip yada tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz birşeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı? | Evet | Hayır |
| 8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz? | Evet | Hayır |
| 9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı? | Evet | Hayır |
| 11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız? | Evet | Hayır |
| 12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet | Hayır |
| 13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz? | Evet | Hayır |
| 14. Kaygılı bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır? | Evet | Hayır |
| 16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi? | Evet | Hayır |
| 17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı? | Evet | Hayır |
| 18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz? | Evet | Hayır |
| 19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı? | Evet | Hayır |
| 20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir? | Evet | Hayır |
| 21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir? | Evet | Hayır |
| 23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi? | Evet | Hayır |
| 24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız? | Evet | Hayır |

Ek-13. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ)

		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Görünüğü Düzeltme	1.Daha çekici görünmek için bir şeyler yaparım.	1	2	3	4
	2.Görünüğümlle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi düzeltmek için fazladan zaman harcarım.	1	2	3	4
	3.Görünüğümlü değiştirmek için ne yapmam gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4
	4.Fiziksel olarak çekici insanlarla kendi görünüşümü karşılaştırırım.	1	2	3	4
	5.Görünüğümlle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi gizlemek için özel bir çaba harcarım.	1	2	3	4
	6.En iyi şekilde görünebilmek için özel bir çaba harcarım.	1	2	3	4
	7.Görünüğümlle ilgili beğenmediğim yönlerimi nasıl gizleyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
	8.Farklı görünmeyi hayal ederim.	1	2	3	4
	9.Ayna karşısında çok zaman harcarım	1	2	3	4
	10.Diğer insanlardan görünüşümlle ilgili olumlu tepkiler beklerim.	1	2	3	4
Olumlu Mantıksal Kabullenme	11.Görünüğümlle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, bir süre sonra kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
	12.Kendi kendime görünüşümlle ilgili bir olumsuzluğu abartıyor olabileceğimi söylerim.	1	2	3	4
	13.Görünüğümlle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, kendime bu durumun geçeceğini söylerim.	1	2	3	4
	14.Görünüğümlden memnun olmadığında kendime hissettiğimden daha iyi görünüyor olabileceğimi söylerim.	1	2	3	4
	15.Görünüğümlü beğenmediğimde, kendime, görünüşümlle ilgili iyi özelliklerimi hatırlatırım.	1	2	3	4
	16.Görünüğümlle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bu durumdan neden olumsuz etkilendiğimi anlamaya çalışırım.	1	2	3	4
	17.Kendime nasıl görüldüğümden daha önemli şeylerin olduğunu söylerim.	1	2	3	4
	18.Kendime fiziksel görünüşümlle ilgili olumsuz düşüncelerimin gerçekçi olmadığını söylerim.	1	2	3	4
	19.Kendime, görünüşümlle ilgili olumsuzlukların çok da önemli olmadığını söylerim.	1	2	3	4
	20.Görünüğümlle ilgili kendime hoşgörölüyümdür.	1	2	3	4
Kaçınma	21.Görünüğümlle ilgili olarak kendimi daha iyi hissetmemi sağlayacak bazı şeyleri bilinçli olarak yaparım.	1	2	3	4
	22.Görünüğümlle ilgili olumsuz bir durum karşısında bu durumun üstesinden gelmek için hiçbir girişimde bulunmam.	1	2	3	4
	23.Görünüğümlden hoşlanmadığımda aşırı yerim.	1	2	3	4
	24.Görünüğümlle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
	25.Görünüğümlden dolayı, içime kapanır ve diğer insanlarla daha az etkileşime girerim.	1	2	3	4
	26.Aynada kendime bakmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
	27.Görünüğümlle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bunun üstesinden gelmek için kendimi yemeye veririm.	1	2	3	4
	28.Görünüğümlle ilgili beğenmediğim yönlerimi değiştirmek için bir şeyler yapma konusunda çaresiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
	29.Görünüğümlle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4

Ek-14. Duke Sağlık Profili (The DUKE)

TÜRKÇE (TÜRKİYE) FORM B: GÖRÜŞMECİ TARAFINDAN UYGULANAN FORM

DUKE HEALTH PROFILE (The DUKE)

Copyright ©1989-2002 by the Department of Community and Family Medicine,
Duke University Medical Center, Durham, N.C., U.S.A.

Yönerge: Burada sizin sağlığını ve hissettikleriniz hakkında bir dizi soru vardır. Her bir soruyu dikkatlice dinleyin ve sizin için en uygun cevabı söyleyin. Soruları kendi istediğiniz gibi cevaplamalısınız. Bu soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur.

Görüşmeci: her bir soruyu her seferinde okuyun ve cevabın sayısını yuvarlak içine alın.

Aşağıdaki ifadelerde kendinizi nasıl tanımlarsınız?	Beni tamamen tanımlıyor	Beni biraz tanımlıyor	Beni hiç tanımlamıyo
1. Kendimi olduğum gibi seviyorum	2	1	0
2. Ben geçinilmesi kolay bir insan değilim	0	1	2
3. Ben genelde sağlıklı bir insanım	2	1	0
4. Çok daha kolay vazgeçerim	0	1	2
5. Dikkatimi toplamakta güçlük çekerim	0	1	2
6. Aile ilişkilerimde mutluym	2	1	0
7. İnsanların arasında olmak beni rahatlatır	2	1	0
	Hiç	Biraz	Çok
BUGÜN: Herhangi bir fiziksel sıkıntı ya da güçlük yaşıyor muydunuz?			
8. Bir kat merdiven çıkarken	2	1	0
9. Bir futbol sahası uzunluğunda (yaklaşık 100m) koşarken	2	1	0
	Hiç	Biraz	Çok
GEÇEN HAFTA: Ne kadar sıkıntı yaşadınız?			
10. Uyurken	2	1	0
11. Vücudunuzun herhangi bir kısmında acı ya da sızı	2	1	0
12. Kolaylıkla yorulma	2	1	0
13. Çökkün ya da üzgün hissetme	2	1	0
14. Sinirlilik	2	1	0
	Hiç	Biraz	Çok
GEÇEN HAFTA: Ne kadar sıklıkta yaptınız?			
15. Diğer insanlarla birlikte olma (arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla konuşma ya da ziyaret etme gibi)	0	1	2
16. Sosyal, dinsel ya da eğlence faaliyetlerine katılma (buluşma, camiye gitme, sinemaya gitme, futbol maçına gitme, spor yapma)	0	1	2
	Hiç	1-4 gün	5-7 Gün
GEÇEN HAFTA: Ne kadar sıklıkta			
17. Hastalık, yaralanma ya da diğer sağlık problemlerinden dolayı evinizde, hastane ve bakımevinde kalma	2	1	0